Rok XLIV. Kraków 18 Lutego 1905. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Studyum bolu fizycznego.

Skreślił

Dr. Adolf Eugeniusz Klęsk,
asystent kliniki.

Praktyka wyprzedza często teoryę, nie dziw też, że oddawna znamy już środki przeciw bolowi, a nie wiemy mimo to dobrze, co to jest ból. Doświadczenie i codzienne spostrzeganie nauczyło ludzi, że utrata świadomości znosi, jak się samo przez się rozumie, i zdolność odczuwania bolu, bo ból jest stanem świadomości. Podobnie zauważono, że skóra, wystawiona na działanie zimna, staje się po przejściu okresu nadczułości zupełnie bezbolesną.

Dwa te spostrzeżenia posłużyły za podstawę do wynalezienia środków przeciwbolowych, których mamy też dwie grupy, t. j. środki działające na świadomość (znieczulenie ogólne) i środki znieczulające miejscowo. W ostatnich czasach dołączyła się do nich grupa trzecia, która jest jakby łącznikiem między wyżej wspomnianemi, a jest nią znieczulenie rdzeniowe Corning-Biera, działające uśmierzająco na ból wskutek przerwania przewodnictwa wrażeń nerwowych w rdzeniu.

Pierwsze wzmianki o znieczuleniu spotykamy u Pliniusza (Lib. 25. Sect. 94) i Dioscoridesa (Lib. IV Cap. 76). Najstarszym środkiem, zmierzającym do odurzenia chorych, doznających bolu, były napoje lub zmuszanie chorych do wdychiwania pary palonych ziół. Do celów tych używano głównie tak zwanej mandragory (*atropa mandragora, mandragora officinalis*). Środek ten stosowany był jako wyciąg w winie, lub sok ze świeżych korzeni, używany do napojów, albo jako *„spongia somnifera"* do wdychiwania. Po większej części wszystkie ówczesne środki były wyciągami, zawierającymi alkaloidy, które obecnie znamy: jak morfina, solanina i inne z grupy wroniego oka. Ogólne odurzenie osiągano też w dawnych czasach zapomocą upojenia alkoholem, ucisku żył szyjnych [1]), przez podawanie haszyszu (*extract. cannab. indic.*), hipnotyzm i t. d. Do miejscowego znieczulenia używano zimna, dalej marmuru (skropionego kwasem, działanie CO_2) *lapis memphites*, ucisku kończyny i t. d.

Obecnie arsenał tych środków znacznie się powiększył i ciągle się powiększa. Z przetworów, działających na świadomość przybyły: chloroform, eter, gaz rozweselający i inne; z miejscowych zaś kokaina i jej przetwory. Postępując dalej szlakiem, którym biegło i doświadczenie ludzkie, przekonaliśmy się, że ból usunąć można dwoma drogami, t. j. miejscowo i ośrodkowo. Znając te dwie krańcowe stacye, zadać musimy sobie pytanie, jaką jest ta droga, która łączy te dwie stacye, czyli skąd, którędy i dokąd przebiega wrażenie bolu i gdzie ma swoje siedlisko?

Gdy się szpilką w palec ukłuję, nateneczas doznaję w tej chwili niemiłego uczucia, które zowię bolem. Ból ten odczuwam w miejscu zranionem i potrafię to miejsce dokładnie oznaczyć. Są jednak stany chorobowe, w których chorzy po ukluciu szpilką doznają naraz podwójnego uczucia bolu, mimo że raz tylko ich ukłuto. Po amputacyi kończyn chorzy odczuwają jeszcze często bole w palcach już nie istniejących. Pewne schorzenia układu ośrodkowego objawiają się głównie bolami w obwodowych narządach. Fakta te świadczą o tem, że siedliskiem bolu jest tylko układ nerwowy środkowy, a umiejscowienie bolu na obwodzie jest znanym faktem rzutu wrażenia nerwowego na zewnątrz.

Układ ośrodkowy składa się z rdzenia i mózgu. Odjęcie półkul mózgowych u zwierząt, odurzenie chloroformowe (tak zwane półuśpienie) przekonywują, że i bez działania kory mózgowej odruch bolu występuje, tylko że nie mamy wtedy o nim pamięci. Zwierzęta bez mózgu przy bolesnem drażnieniu nerwów bronią się, wydają głosy żałosne (Brown-Sequard, Franck), a nie są to tylko proste odruchy, lecz ruchy złożone. Podobnie w lekkiem odurzeniu chloroformowem cięcie nożem wywołuje wyraźne odruchy bolu, mimo że świadomość jest zniesiona. Fakta te przemawiają dosadnie za tem, że ból i bez współudziału kory mózgowej wystąpić może, a siedliska bolu w korze mózgowej dopatrywać się możemy, jeżeli określimy ból jako stan świadomości [2]), a nie czynność materyalną układu nerwowego. Odróżniać więc należy, i to dalej czynić będziemy, odruch bolu od czucia bolu. Ścisłe połączenie bolu z czuciem dotyku stało się powodem, że wielu badaczy sądzi, że ból nie jest niczem innem, jak spotęgowanem czuciem dotykowem. Badacze ci łączą zupełnie te dwa czucia ze sobą i zakreślają im nawet wspólne drogi. W przeciwieństwie do nich stoją drudzy, którzy uważają ból za zupełnie osobną czynność nerwową i przypuszczają, że drogi bolu nie mają nic wspólnego z drogami dotyku. Postaram się przytoczyć najgłówniejsze w tym względzie zdania:

[1]) Opis tego ciekawego sposobu spotykamy u Aleksandra Benedykta (Alexandri Benedicti singulis corporum morbis a capite ad pedes. Venet. 1533 Lib. II, cap. 33). W rozdziale „de apoplexia" pisze on; In Assyria moris esse ut adolescentibus quibus praeputia adimere volunt, ligent venas circa guttur. His enim perire sensum et motum.

[2]) Niemieckie wyrażenie *„Schmerz"* pochodzi według Boppa od *„smar"*, co znaczy — „zrobić, aby ktoś pamiętał". (Glossarum comparat. linguae sanscritae 1867).

Wundt sądzi, że substancya biała rdzenia przewodzi wrażenia dotyku i ciepłoty, szara natomiast bolu.

Brown-Sequard przypisuje przewodzenie tylko istocie szarej rdzenia i to część przednia ma przewodzić czucie dotyku, średnia — ciepłoty, tylna — bolu.

Sergi dopatrywał siedliska bolu w rdzeniu przedłużonym.

Jak z tego widzimy, czucie bolu w rdzeniu odnoszonem bywa zgodnie tylko do substancyi szarej [3]).

Co do nerwów obwodowych, przenoszących ból, to niema zgody między badaczami.

Frey utrzymywał, że dadzą się wykazać specyalne nerwy bolu i ich zakończenia, nie poparł jednak tego twierdzenia żadnym dowodem.

Oppenheimer, opierając się na budowie nerwu spółczulnego, widzi w nim nerw bolu.

Budowa anatomiczna nerwu spółczulnego różni się tem od budowy innych nerwów, że ma połączenie tak z przednimi, jak i tylnymi korzeniami, przez co grupa tych nerwów jest zarówno dośrodkową, jak i odśrodkową. Partya odśrodkowa odpowiada nerwom naczynioruchowym, dośrodkowa nerwom tkanek.

Badając ścisły związek między bolem a naczyniami, przychodzi Oppenheimer do przekonania, że nerwami bolu są nerwy spółczulne, a zmianom w napięciu naczyń towarzyszą prawie zawsze zmiany w nawale krwi, n. p. w migrenie skurczowej, *erythromelalgii* i t. d.

Krótko mówiąc, o bolu obecnie badacze wydają dwie opinie: jedni uważają ból jako osobny gatunek czucia, drudzy jako cechę czucia wspólnego, czyli zjawisko mu towarzyszące. Zwolennik pierwszego mniemania, Strong, sądzi n. p., że ból jest czuciem osobnem, podobnie jak czucie dotyku i ciepłoty, a zdanie to popiera tem, że pewne choroby i środki potrafią rozłączać od siebie te czucia.

Kokaina n. p. znosi ból, nie znosząc dotyku. Saponina znosi dotyk, — bolu zaś nie.

Ból określamy różnie: Richet określa ból, jako silne i długotrwale drganie nerwowych ośrodków świadomości. Wynikać ma ono z silnego pobudzenia obwodowego, wskutek czego zachodzi nagła zmiana stanu ośrodków nerwowych.

Wundt mówi: „Ból jest to bardzo silne podrażnienie pewnych części, odbierających wrażenia, które wzbudzają jednocześnie bardziej rozległe podrażnienia innych części“.

Meynert sądzi, że ból polega na powstrzymaniu odruchów naczyniowych i ruchowych. Silne podrażnienie wywołuje skurcz naczyń, a wskutek tego bezkrwistość i brak tlenu.

Przytoczyłem tu najwięcej znane i najpoważniejsze określenia bolu, by wykazać, że wszystkie tłómaczą ból, albo wychodząc z błędnego stanowiska, albo zastępując określenie cechami przebiegu lub skutku bolu. Twierdzenie Wundta, że ból jest to bardzo silne podrażnienie i t. d., jest niesłuszne, bo ból zupełnie nie jest podrażnieniem, lecz tylko tegoż skutkiem. Twierdzenie Richeta, że ból wynika z silnego pobudzenia obwodowego, nie ma o tyle słuszności, że ból można wywołać czasami i najsłabszą podnietą, a powtóre, że są bole, które pochodzą nie z pobudzenia obwodowego, lecz ośrodkowego. (C. d. n.)

[3]) Zupełnie odosobnione i niczem nie poparte stoją badania i spostrzeżenia Arloinga i Tripiera. Badacze ci zrobili spostrzeżenie, że drażnienie obwodowego końca nerwu ramieniowego u psa wywoływać ma odruchy bolu. Przecinali nawet nerw środkowy w okolicy stawu garstkowego, a oba inne nerwy ramieniowe w przegubie łokciowym; mimo to otrzymywali czucie bolu. Doświadczenia te nie mają jednak wartości, bo najpierw odruch bolu u psa trudno wykazać, a powtóre Ellenberger i Baum (System und topogr. Anatomie des Hundes wykazali, że u psa odchodzi po nad stawem łokciowym nerw międzykostny, a od łokciowego n. grzbietowy. Drażnienie więc końca obwodowego mogło swobodnie tą drogą dojść do rdzenia.

II. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

O rzadkiej postaci niemiarowości ruchów serca (arytmii) spostrzeganej w przebiegu ostrego zapalenia osierdzia.

Podał

Dr. Maryan Franke, asystent kliniki.

(Dokończenie.)

Przechodząc do rozbioru zachowania się serca u naszego chorego, widzimy, patrząc na obrazy sfigmograficzne, że tętno wykazuje niemiarowość poszczególnych uderzeń, tak pod względem czasu ich występowania, jak i pod względem wysokości fali.

Czas trwania jednej rewolucyi serca ulega stałym wahaniom. I tak na *Fig. I* widzimy, że najkrótszy czas trwania wynosi 3 podziałki sekundnika [1]), t. j. $^{3}/_{5}$ sek., co odpowiada 100 uderzeniom na minutę, a najdłuższy równa się $^{10}/_{5}=2$ sekundom, co odpowiada 30 uderzeniom na minutę. Dodać zaś muszę, że, przy przeglądaniu innych zdjęć z tego samego dnia, zauważyłem jako najkrótszy czas trwania jednej rewolucyi $^{3}/_{5}$ sek., a najdłuższy $2^{1}/_{5}$ sek., co odpowiada 27 uderzeniom na minutę. Między temi krańcowemi liczbami widzimy stopniowy i powolny przyrost, a następnie stopniowe zmniejszanie się czasu trwania jednej rewolucyi serca tak, że całą czynność serca podzielić możemy na poszczególne, stale po sobie się powtarzające, okresy, w których widzimy stopniowe przedłużanie się jednej rewolucyi serca od $^{3}/_{5}$ sek. do $^{11}/_{5}$ sek., a następnie zmniejszanie się czasu trwania stopniowo znowu do $^{3}/_{5}$ sek. Okres taki jeden obejmuje około 32 uderzeń, a trwa $^{1}/_{2}$ do $^{2}/_{3}$ minuty. Okresy te stale bez ustanku powtarzały się po sobie. Uwzględniając te liczby, widzimy stopniowe zwalnianie, a potem przyśpieszanie się czynności serca, występujące w stale po sobie powtarzających się okresach.

W myśl teoryi „mięśniowej“ przyjąć musimy, że w przypadku naszym zadziałał jakiś czynnik, który w pierwszym rzędzie wywarł wpływ chronotropowy (Engelmann). Wpływ ten chronotropowy jest tutaj ujemny, który do pewnego *maximum* stopniowo wzrasta, a potem stopniowo ustępuje. Wpływ ten, jak widzimy, stale się powtarza i to w mniejwięcej stałych odstępach czasu.

Drugie zboczenie odnosi się do wysokości tętna które, jak widzimy na *Fig. I*, ulega także peryodycznym zmianom. Widzimy mianowicie stopniowe, powolne obniżanie się wysokości krzywej każdego skurczu aż do pewnego *minimum*, a następnie powolne zwiększanie się wysokości do pewnego *maximum*, co utrzymuje się przez pewną liczbę

[1]) Zdjęcia dokonano zapomocą sfigmochronografu Jacketa. Każda podziałka czasu oznacza $^{1}/_{5}$ sek.

skurczów, a potem znowu zaczyna się ta sama gra. W ten sposób powstaje obraz typowych schodów Bowditcha. Ponieważ wysokość tętna jest miarą siły skurczu serca, widzimy więc w naszym przypadku stopniowe zmniejszanie się, a potem wzmaganie się siły skurczu (lewej komory), co się stale okresowo powtarza.

Na *Fig. II* spotykamy okres $5^1/_2$ sek., w którym prócz małych nierówności, nie widzimy wcale wzniesień, pochodzących od tętna. Obmacując jednak w tym czasie tętnicę dogłowową, można się było przekonać, że w chwili, kiedy na tętnicy sprychowej nie było można wyczuć wzniesień, to na tętnicy dogłowowej występowało tętnienie, jakkolwiek słabe. Skurcz zatem lewej komory był za słaby, aby wytworzyć falę w tętnicy sprychowej, a wystarczał do wywołania wyczuwalnej fali w tętnicy dogłowowej.

Zmiany te, odnoszące się do siły skurczu mięśnia sercowego, są wynikiem wpływu inotropowego ujemnego (Engelmann), który stopniowo narastał, a następnie malał. Wpływ ten w naszym przypadku był peryodyczny, występując znów w stałych odstępach czasu.

Obydwa te wpływy, t. j. chronotropowy i inotropowy, razem złączone, działały równocześnie i równolegle, chociaż nie zupełnie, bo zauważyć możemy na *Fig. II*, że wpływ chronotropowy ustępuje wcześniej niż inotropowy, widzimy bowiem, że w chwili, gdy czynność serca już się przyspiesza, to siła skurczu jeszcze jest za słaba, aby w tętnicy sprychowej dać wzniesienie krzywej.

Wszystkie zmiany tętna, o których dotychczas mówiliśmy, dają nam obraz pracy tylko lewej komory. Jak równocześnie zachowywała się komora prawa i przedsionki, moglibyśmy sądzić napewno tylko z zachowania się tętna żył; zdjęcie jego jednak technicznie było niemożliwe. Lukę stąd powstałą staraliśmy się choć w części uzupełnić osłuchiwaniem serca, porównywając objawy przysłuchowe z zachowaniem się tętna tętnic.

Osłuchiwanie wykazało, że najprzód skurcze serca coraz wolniej po sobie następowały, a równocześnie natężenie tonów stopniowo malało, następnie zaś skurcze się przyśpieszały, a natężenie tonów rosło, co odpowiada obrazom sfigmograficznym. W międzyczasie, między pojedynczemi wzniesieniami tętna w tętnicach, nie było żadnych objawów osłuchowych, któreby wskazywały na nierównoczasowe skurcze komory prawej lub przedsionków tak, że obie połowy, tak komory, jak i przedsionki, pracowały równocześnie.

Opisaną niemiarowość (*arythmia*) można było spostrzegać u naszego chorego przez trzy dni, a utrzymywała się ona stale.

Dnia 11/6 1904 przedstawiała ona obraz, jak wskazuje *Fig. I* i *Fig. II*. Dnia 12/6 i 13/6 niemiarowość ta o tyle się zmieniła, że, jak *Fig. III* wskazuje, na pierwszy plan występował wpływ chronotropowy ujemny, a wpływ inotropowy był ledwie tylko zaznaczony tak, że wzniesienia tętna są sobie równe.

Nie od rzeczy będzie dodać, że w czasie trwania tej niemiarowości oddechy wynosiły około 28 na minutę. Zaznaczyć dalej chciałbym przedewszystkiem, że związku między zachowaniem się tętna, a oddechem nie było żadnego, jak to spostrzegamy przy tętnie dziwacznem (*pulsus paradoxus*) tak, że o tem tętnie dziwacznem w naszym przypadku mowy być nie może, mimo pozornego podobieństwa na pierwszy rzut oka, zwłaszcza, że mieliśmy do czynienia z wahaniami czynności samego serca, a nie z wahaniami tylko tętna w tętnicy sprychowej, co ma miejsce przy tętnie dziwacznem (*pulsus paradoxus*).

Podnieść chcę również, że chory w dniach, w których spostrzeżono niemiarowość, zachowywał się zupełnie spokojnie, drgawek nie miał, odpowiadał rozumne na zadanie pytania, choć był pólsenny, ale przytomny.

Dla zrozumienia genezy niemiarowości (*arythmia*) serca w tym przypadku musimy uciec się przedewszystkiem do porównania jej z wynikami doświadczeń fizyologicznych i tu znajdujemy analogię między zachowaniem się serca u naszego chorego, a obrazem zaburzeń czynności serca u zwierząt pod wpływem drażnienia nerwu błędnego.

Od czasu pierwszych doświadczeń braci Weberów wiemy, że drażnienie części dosercowej nerwu błędnego wywołuje zwolnienie i osłabienie skurczów serca. Ścisłe doświadczenia w tym kierunku wykonali w ostatnich czasach Knoll, Hoffman, Muhm, Muskens, Engelmann i wykazali, że nerw błędny ma na mięsień sercowy przedewszystkiem wpływ ujemny i to chronotropowy, inotropowy i dromotropowy, ostatni zwłaszcza na włókna, łączące komory i przedsionki serca ze sobą (t. zw. *Blockfasern*).

Przy drażnieniu n. błędnego słabym prądem elektrycznym występuje na plan pierwszy działanie jego chronotropowe i inotropowe ujemne, wywołując powolne, a stopniowe zwalnianie czynności serca, przy równoczesnem, stopniowem osłabianiu siły skurczu mięśnia sercowego, poczem następuje stopniowy powrót do stanu prawidłowego, co stanowi tak zwane schody Bowditcha. Krzywa zdjęć ruchów serca u zwierząt daje nam wtedy zatem analogiczny obraz do sfigmogramów, otrzymanych w naszym przypadku.

Opierając się na tych doświadczeniach możemy twierdzić, że spostrzegana przez nas niemiarowość została wywołana przez stan podrażnienia nerwu błędnego, a na pierwszy plan wystąpił u naszego chorego wpływ nerwu błędnego, zwalniający czynność serca (chronotropowy ujemny) i osłabiający siłę skurczu (inotropowy ujemny).

Stwierdziwszy, że niemiarowość serca w naszym przypadku była wywołana podrażnieniem nerwu błędnego, musimy zadać sobie pytanie, gdzie i przez co to podrażnienie było wywołane. Wiemy, że w doświadczeniach na zwierzętach możemy drażnić nerw błędny jużto bezpośrednio w okolicy ośrodka w rdzeniu przedłużonym, lub w przebiegu samego nerwu, jużto pośrednio drogą odruchową z rozmaitych narządów, n. p. jamy brzusznej, skóry, osierdzia, lub drażnieniem dośrodkowej części samego n. błędnego.

U naszego chorego nie możemy przypuścić podrażnienia ośrodka n. błędnego w rdzeniu przedłużonym, bo i za życia u niego nie spostrzegaliśmy żadnych innych objawów, któreby wskazywały na podrażnienie rdzenia przedłużonego, jak napadów drgawek, które spotykamy w chorobie Stokes-Adamsa, jak dalej zmian w torze oddechowym i t. d., a i sekcya nie wykazała żadnych zmian w tej okolicy. W przebiegu nerwu na szyi również nie było zmian, któreby mogły to podrażnienie wywołać. Podnieść natomiast muszę, że niemiarowość opisana wystąpiła w naszym przypadku w pierwszych zaraz dniach rozwoju zapalenia osierdzia tak, że

musimy tę niemiarowość wprowadzić w czasowy związek z tym procesem zapalnym osierdzia. Zapalenie to musimy uważać jako stałą i ciągłą podnietę, która przez summacyę działała na nerw błędny drogą odruchową; zatem stan zapalny worka osierdziowego mógł być tym bodźcem, a to tem bardziej, że mamy potwierdzenie naszego tłómaczenia w doświadczeniach Muskensa, który wykazał możność wystąpienia podobnych zaburzeń serca odruchowo wskutek drażnienia osierdzia.

O ile do wystąpienia niemiarowości przyczyniło się zajęcie samego mięśnia sercowego, tego rozbierać nie możemy, zwrócić należy natomiast uwagę na tę okoliczność, którą podaje Engelman, że wpływ inotropowy n. błędnego na komory serca występuje zwłaszcza wtedy wybitnie, gdy cierpi odżywienie mięśnia sercowego.

Spostrzegany przez nas przypadek należy do wielkich rzadkości, a przypomina przypadek, opisany przez Webstera[13]), przytoczony przez Wenckenbacha w monografii o niemiarowości (arytmii). Z krzywych, w pracy jego podanych, widzimy, że u jego chorego na pierwszy plan występuje wpływ inotropowy nerwu błędnego. Innych podobnych przypadków nie mogłem znaleźć w dostępnem mi piśmiennictwie.

III. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach.

Podał

Dr. W. Chlumský,

Docent chirurgii i ortopedyi Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

V. O mięsieniu w chorobach nerwów, mózgu i rdzenia pacierzowego.

A) Mięsienie w chorobach nerwów.

Wpływ mięsienia na nerwy jest podobny do elektryczności: mięsienie, wykonywane lekko, pobudza zdrowe nerwy do wzmożonej czynności; silniejsze zaś obniża ich pobudliwość aż do zupełnego nawet zahamowania czynności. Z chorymi nerwami rzecz się ma nieco inaczej: nerw podrażniony już po lekkiem mięsieniu uspokaja się, a energia jego słabnie; nerw zaś schorzały, nie pracujący, potrzebuje silniejszego podrażnienia, silniejszego mięsienia, ażeby mógł być czynnym. Jasnem więc jest, że wpływ mięsienia na nerwy jest korzystny. Nie brak także i innego oddziaływania mięsienia na nerwy; podobnie jak przy mięśniach, podnosi mięsienie i tutaj stan odżywienia nerwów, a przez to działa na ustrój odświeżająco, tak miejscowo, jak i ogólnie. Przytem wywiera też mięsienie wpływ na różnego rodzaju nacieki, które, uciskając nieraz na nerwy, drażnią je lub osłabiają. Tak nacieki te, jak i nieprawidłowe zrosty z tkanką sąsiednią, oraz blizny, miękną pod wpływem mięsienia, ulegają wessaniu, a dawny bieg nerwu staje się wolnym.

Do rzędu takich cierpień należą przedewszystkiem liczne postacie nerwobolów, zwłaszcza t. zw. gośćcowych, których typem jest rwa kulszowa (ischias). W pierwszych okresach tej choroby działa mięsienie wprost zdumiewająco. Widzieliśmy przypadki, gdzie chory z powodu wielkich bolów nie mógł się prawie poruszyć w łóżku, lub zgłaszając się do nas, był wsparty na dwóch laskach, a bezpośrednio po mięsieniu doznawał tak znacznej ulgi, że mógł o własnych siłach wstać i swobodnie się poruszać. Pod niejednym względem istnieje tu podobieństwo z gośćcowemi cierpieniami mięśni i dlatego powołujemy się na wyżej już wyłożone leczenie tych chorób. W nerwobolach początkowo wykonywamy mięsienie o ile możności dwa razy dziennie, poddając mięsieniu nietylko sam nerw, lecz i jego okolicę, oraz gromady mięśni przezeń zaopatrywanych. Tak n. p. w rwie kulszowej mięsimy całą kończynę dolną wraz z pośladkiem. Postępujemy przy tem systematycznie, wykonywając mięsienie na każdej gromadzie mięśni osobno. Idziemy dalej wzdłuż nerwu, naciskamy i naprzemian pocieramy pień jego, zwracając szczególną uwagę na miejsca bolesne, na których dłużej wykonywamy rozcieranie; przy rwie kulszowej uciskamy na punkt w wycięciu kulszowem i w dole podkolanowym. Chory nie powinien w ciągu całego leczenia wychodzić, lecz przebywać w cieple, a po każdem mięsieniu należy wykonywać chorą kończyną ćwiczenia gimnastyczne, początkowo lżejsze, później coraz trudniejsze. Co drugi dzień, albo i codziennie, pożytecznie jest elektryzować kończynę prądem stałym, chociaż udało nam się wyleczyć niektóre przypadki rwy kulszowej i bez elektryzowania. Wyleczenie nastąpić może w lżejszych i świeżych przypadkach już w kilku dniach; przypadki zaś cięższe, a zwłaszcza zaniedbane i zastarzałe, wymagają nieraz i kilku miesięcy leczenia. Wewnętrznie podajemy przy tem salicylan sodowy, aspirynę, antypirynę, a czasem też z powodzeniem chininę. Polepszenie następuje w lżejszych przypadkach zaraz po pierwszem mięsieniu i utrzymuje się początkowo tylko przez kilka godzin; później trwa dłużej, aż w końcu staje się stałem i choroba ustępuje. W ciężkich, przewlekłych przypadkach stosowaliśmy kilkakrotnie z powodzeniem naciąganie nerwu zapomocą silnego zgięcia kończyny w stawie biodrowym ku przodowi. Wprawdzie po tym zabiegu może nastąpić pogorszenie, które trwa dni kilka, lecz ustępuje rychło miejsca trwałemu polepszeniu.

Nie mało trudności sprawił nam jeden przypadek rwy n. biodrowego, w którym po trzech dopiero miesiącach usilnej pracy osiągnęliśmy wyleczenie. Natomiast rwa n. potylicznego i niektórych nn. międzyżebrowych ustępowały po kilku mięsieniach. Postępowaliśmy przy tem w sposób powyżej wspomniany: mięsiliśmy systematycznie poszczególne gromady mięśni, odpowiadające dotyczącym nerwom, na pnie zaś nerwów stosowaliśmy rozcieranie i głaskanie ze szczególnem uwzględnieniem punktów bolesnych. Nie potrzebujemy dodawać, że w ten sposób osiągaliśmy wyleczenie głównie w tych postaciach nerwobolów, które oznaczamy jako idyopatyczne lub gośćcowe. Gdzie zaś przyczyną rwy były choroby inne, jak zaparcie stolca, zmiany w przydatkach, choroby kręgów i t. p., tam trzeba było rozpocząć od leczenia cierpienia pierwotnego.

Niektórzy autorowie podają w ostatnich czasach, że udało się im mięsieniem wyleczyć liczne przypadki bolu głowy. Bum n. p. wyleczył ból głowy, który przez lata całe opierał się przeróżnym środkom i zabiegom. Według niego chodziło tu o te postacie bolu głowy, których przyczyna tkwi w przekrwieniu błon mózgowych, a także i o postacie gośćcowe. Dobre wyniki zawdzięczał w przypadkach tych gorliwemu mięsieniu karku i głowy. Henschen, Norström i inni zwracają uwagę na miejsca szczególnie tkliwe śród części miękkich głowy, a które nie odpowiadają wcale prawidłowemu przebiegowi nerwów. Bum zaś znajdował tu czasem miejsca twarde i węzłowate, które pod stosownem mięsieniem wraz z bolami głowy ustępowały. Autorowie przytoczeni stosowali w niektórych z wymienionych przypadków także ćwiczenia gimnastyczne i różne sposoby wyciągania. Niektórzy z nich leczą masażem też newralgiczną bolesność stawów, a zwłaszcza stawu kolanowego. W przypadkach tych nie można wykazać żadnych zmian anatomicznych; natomiast bole bywają czasem tak wielkie, że chory nie jest w stanie kończyną żadnego wykonać ruchu. Bum opisuje dwa takie właśnie przypadki, w których mięsieniem uzyskał zupełne wyleczenie.

Obok cierpień newralgicznych stoi cały szereg zboczeń, cechujących się kurczami, a często i bolesnością mięśni, zwłaszcza ruchów skombinowanych. Do cierpień tych należy n. p. kurcz pisarski, przy którym chorzy mogą wszel-

kie ruchy ręką wykonywać, a tylko pisanie sprawia im trudność i jest bolesnem. Podczas pisania właśnie występują w ręce kurcze, które zmieniają kierunek pióra i wywołują bole w zakresie mięśni międzykostnych. Zboczenie to wydarza się przeważnie u ludzi nerwowych, którzy zmuszeni są dłuższy czas pisać bez odpoczynku. Podobne też cierpienia napotkać można u muzykantów (grających na fortepianie, cytrze i skrzypcach), dalej u masażystów, szwaczek, praczek, robotnic w fabrykach tytoniu, u dziewek dojących krowy, u zegarmistrzów, złotników, malarzy, telegrafistów i wykonawców wielu innych zawodów. U wszystkich tych ludzi cierpieniem tem bywają dotknięte mięśnie i nerwy ręki. Także i mięśnie nóg mogą podobne okazywać zboczenia, wydarzające się u baletnic i piechurów.

Leczenie tych przypadków polega głównie na tem, że polecamy chorym zaprzestać zajęcia, które stało się powodem cierpienia i to na czas dłuższy; wówczas następuje często poprawa już sama przez się. Najlepiej jednak nie czekać na samoistne wyleczenie, lecz przystąpić do stosownego mięsienia i gimnastycznych ćwiczeń. W cierpieniach tych, dotyczących ręki, mięsimy całą kończynę i odpowiednią stronę szyi, wyszukując równocześnie miejsca bolesne i nacieki, które rozcieramy; przyczem główną zwracamy uwagę na mięśnie ręki, sploty nerwowe na szyi i pod pachą. Ćwiczenia gimnastyczne stosujemy zaraz po mięsieniu, jako ćwiczenia czynne z oporem. Polecamy też elektryzowanie prądem stałym. W przypadkach świeżych następuje wyleczenie w przeciągu kilku tygodni; w przypadkach przewlekłych musimy czekać na nie i całe miesiące. Po wyleczeniu kurczu pisarskiego musi się nieraz chory na nowo uczyć pisania. Także i niektóre kurcze nerwowe, jak kurcz n. twarzowego lub n. dodatkowego, leczymy mięsieniem. Chodzi tu o te zwłaszcza kurcze nerwowe, które ustępują pod wpływem wywieranego na nie ucisku. W przypadkach tych, obok głaskania, uciskamy także odpowiednie miejsca na nerwach i wykonywamy ruchy drżące (*vibratio*), a także głaskanie i wgniatanie odpowiednich mięśni. Wszystko to jednak czasem zawodzi, a przytoczone leczenie staje się bezskutecznem. Trudnem też i niepewnem bywa leczenie rozmaitych porażeń nerwów obwodowych; napotykamy tu bowiem takie przeszkody, których samem tylko mięsieniem usunąć nie zdołamy. Dobre natomiast wyniki daje mięsienie kończyny górnej, porażonej po narkozie lub wskutek ucisku podczas snu. Pomagamy sobie w przypadkach tych elektryzowaniem (zrazu prądem stałym, a później też przerywanym). Podobnie leczymy porażenia w zakresie nerwu twarzowego (porażenia gośćcowe). W przypadkach tych stosujemy mięsienie w sposób, wymieniony już wyżej w uwagach o mięsieniu nerwów wogóle.

B) Mięsienie w chorobach mózgu.

Dotąd zajmowaliśmy się mięsieniem w cierpieniach nerwów obwodowych. Sprawa ta była dosyć jasną, bo większość nerwów jest przystępną dla zabiegów mięsienia. Jednak i na głęboko położone ośrodki nerwowe, należące do mózgu i rdzenia pacierzowego, możemy wpływać mięsieniem, choć nie jesteśmy w stanie zadziałać na nie bezpośrednio. Na pierwszem miejscu wymieniamy tu choroby mózgowe: zatory, zakrzepy i wynaczynienia z następowemi porażeniami. Choroby te występują zwykle nagle i wymagają od chorego już od samego początku jak największego spokoju. Gdy napad minął i żadnych groźnych nie pociągnął za sobą następstw, a więc po dniach kilku, poruszamy zlekka porażone kończyny i wykonywamy w stawach ich początkowo nieznaczne ruchy. W ten sposób staramy się przeszkodzić powstaniu przykurczeń i skróceń mięśni, które z reguły niemal idą w ślad za porażeniami, jeżeli zaniedbamy wymienione wskazania i utrudniają zarazem bardzo późniejsze leczenie. W cztery lub pięć tygodni po napadzie (niektórzy radzą wcześniej), rozpoczynamy ostrożne i łagodne mięsienie. Zaczynamy od głaskania i ugniatania, a później stosujemy też lekkie klepanie, przyczem uczymy zwolna chorego wykonywać czynne ruchy kończyną porażoną. Polecamy w początku choremu wykonywać ruchy kończyną nieporażoną, potem obiema współcześnie, a w końcu samą kończyną porażoną, a to pod kontrolą wzroku. W dalszym ciągu leczenia każemy choremu wykonywać ćwiczenia na odpowiednich przyrządach gimnastycznych i w ten sposób możemy w krótkim stosunkowo czasie uzyskać znaczną poprawę i przywrócić choremu o wiele rychlej zdolność do pracy, niżby mógł ją odzyskać bez tego leczenia.

Z chorób mózgu, w których z powodzeniem stosujemy mięsienie, należy nam tu wymienić różnego rodzaju choroby zapalne, jak ostre zapalenie mózgu, porażenie kurczowe dziecięce (*Benedikt*), porażenia ośrodkowe i niedowłady u dzieci. Zwykle po poprzedzającej gorączce występują tu porażenia jużto jedno — już obustronne, które często same przez się ustąpić mogą. Zwykle jednak choroby te pozostawiają za sobą zmiany trwałe, o wielkiem często znaczeniu.

Mamy w leczeniu dziecko czteroletnie, u którego przed laty trzema pojawiło się wymienione cierpienie w takiej mierze, że dziecko leżało w łóżku bez żadnych samodzielnych ruchów. Dopiero energicznem mięsieniem, i tak już późno rozpoczętem, udało się nam jaką taką swobodę ruchów uzyskać: dziecko nauczyło się obracać z boku na bok, później mogło już samo usiąść, a dziś, po dwuletnich zabiegach, przerywanych kilkakrotnie na przeciąg kilku miesięcy wskutek napadów padaczki, które się tu przyłączyły, może dziecko chodzić, prowadzone za rękę. Jak z powyższego przykładu wynika, mięsienie, nawet późno rozpoczęte, może przynieść niemałą poprawę, trzeba jednak wykonywać je długo i wytrwale.

W przypadkach świeżych wyniki bywają lepsze. Mieliśmy w leczeniu chorego w wieku około 6 lat, który zwrócił się do nas o poradę w trzy miesiące po napadzie udarowym. Niedowład mięśni doszedł u niego do tego stopnia, że nie mógł siedzieć. W przeciągu dwóch miesięcy nastąpiła pod wpływem mięsienia i elektryzowania tak znaczna poprawa, że chory ten mógł sam chodzić względnie dobrze i bez znużenia. Co do sposobów mięsienia, to zalecamy w przypadkach podobnych przedewszystkiem klepanie, głaskanie i ugniatanie. Przykurczenia powstałe ustępują już pod wpływem powolnego ucisku, czasem jednak musimy je przezwyciężać siłą i w uśpieniu.

Niektórzy autorowie są zdania, że i w różnych psychozach ogólne mięsienie ciała ma wywierać dodatni wpływ na stan chorego. Sami nie mieliśmy sposobności przekonać się o słuszności tego zdania, choć wpływ korzystny mięsienia uważamy i w takich przypadkach za możliwy. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. A. Senator i S. Kaminer. **Krankheiten und Ehe. Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheits-Störungen und Ehegemeinschaft.** (*München: Verlag v. I. F. Lehmann 1904. 828 Seiten*).

Praca zbiorowa w trzech częściach. Część I-sza ogólna zawiera siedem rozdziałów. Część II-ga i III-cia szczegółowe zawierają: pierwsza prac ośm, druga dwanaście.

Nazwiska autorów dają rękojmę, że praca nie pisana dorywczo, że tak powiem na zamówienie, lecz całe dzieło traktowane bardzo poważnie i bardzo szczegółowo, choć wyszło w stosunkowo krótkim czasie. Myśl wydania takiej zbiorowej pracy w tym kierunku, przynosi zaszczyt wydawcom. Wszystko, co dotyczy stosunku między chorobą a małżeństwem, a zatem bardzo liczne i różnorodne sprawy, należące do zakresu różnych gałęzi nauk lekarskich, zebrano tu w jedną wyczerpującą całość, w której praktyk lekarz i specyalista znajdzie odpowiedź na trudne nieraz w zakresie spraw

małżeństwa zadane sobie pytania, znajdzie wskazówki, jak ma postąpić w danym przypadku, gdy dawniej szukaćby musiał broszur i artykułów, rozrzuconych tu i owdzie w obfitem piśmiennictwie.

Wpływ małżeństwa na zmiany chorobowe u osobników obojga płci, istniejące już przed ślubem, jak z drugiej strony wpływ chorób na życie płciowe małżonków, na zdolność płodzenia, na potomstwo z takich małżeństw zrodzone, wszystko przedstawiono jasno, wszechstronnie, wyczerpująco, przedmiotowo, uwzględniono zapatrywania i różnicę zdań najpoważniejszych autorów na pewne, nie dość jeszcze ustalone kwestye, pozostawiając drogę postępowania wytrawnemu sądowi czytelnika, lub czyniąc ją zależną od dalszych badań i spostrzeżeń. Jak w każdej pracy zbiorowej nie obeszło się bez pewnego powtarzania się, lub też, że zapatrywania autorów na pewną sprawę różnią się nieco od siebie, co zupełnie nie zmniejsza wartości dzieła. Dla łatwiejszego przeglądu wszystkie wnioski i punkty wytyczne ważne, drukowano rozstawionemi czcionkami Techniczna strona wydawnictwa jest bez zarzutu.

Nie mogąc dla szczupłości miejsca podawać choćby krótkiej treści pojedynczych bardzo ciekawych rozdziałów, odsyłam czytelnika do pracy oryginalnej; tu zaś podam tylko tytuły rozdziałów i nazwiska autorów, gdyż dla jednego czytelnika ta, dla drugiego inna praca będzie miała większe znaczenie i więcej go zajmować musi. I tak:

Część I-sza (ogólna) zawiera: 1. Wstęp (Senator). 1. Higieniczne znaczenie małżeństwa (Gruber). 3. Choroby dziedziczne, wrodzone i skłonność do nich (Orth). 4. Pokrewieństwo w małżeństwie i wpływ jego na potomstwo (Kraus) 4. Wpływ klimatu, rasy i narodowości na małżeństwo (Havelburg) 6. Higiena płciowa w małżeństwie (Fürbringer). 7. Okres miesiączki, ciąży, połogu i karmienia, a małżeństwo (Kossmann)

Część I-sza (szczegółowa) zawiera: 1. Choroby przemiany materyi, a małżeństwo (Senator). 2. Choroby krwi, a małżeństwo (Rosin). 3 Choroby układu naczyniowego, a małżeństwo (Leyden i Wolff). 4. Choroby narządu oddychania a małżeństwo (Kaminer) 5. Choroby narządu trawienia (Ewald). 6. Choroby nerek (Richter). 7 Choroby systemu ruchowego (Hoffa). 8. Choroby ócz z uwzględnieniem dziedziczności (Abelsdorff).

Część II ga (szczegółowa) zawiera: 1. Choroby skóry, a małżeństwo (Ledermann). 2 Kiła, a małżeństwo (Ledermann). 3 Rzeżączka, a małżeństwo (Nesser) 4. Choroby dróg moczowych i fizyczna niezdolność płciowa (Posner) 5. Choroby kobiece i niezdolność (Blumreich). 6. Choroby nerwowe, a małżeństwo (Eulenburg) 7 Choroby umysłowe, a małżeństwo (Mendel). 8 Przewrotny popęd płciowy i psychiczna niezdolność płciowa (Moll). 9 Alkoholizm i morfinizm a małżeństwo (A. i F. Leppmann). 10. Szkodliwy wpływ pewnych zawodów, a małżeństwo (A. i F. Leppmann) 11 Tajemnica lekarska, a małżeństwo (Placzek). 12 Społeczno-polityczne znaczenie stosunków sanitarnych w małżeństwie (Eberstadt)

Dr. Cercha.

* * *

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Dr. Selter. **O rozpoznawaniu duru brzusznego zapomocą „typhusdiagnosticum Fickera“.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 3, 1905). Na 24 chorych na dur brzuszny robił Selter równocześnie próbę Gruber-Widala i Fickera. Tak przy próbie Widala, jakoteż i Fickera, używał rozcieńczenia 1: 50 i 1: 100 i przechowywał w ciepłocie 22°. Jeżeli po 22 godzinach nie wyjaśniał się płyn w przyrządzie Fickera, ani też nie ustępowała aglutynacya w kropli wiszącej, uważał to za wynik ujemny próby. We wszystkich przypadkach próba Widala dała wynik dodatni, próba zaś Fickera tylko w 18 przypadkach. Z tego Selter wysnuwa wniosek, że „typhusdiagnosticum Fickera“ znacznie wzbogaca nasze metody rozpoznawania duru brzusznego, jednakże nie może stanąć na równi z próbą Gruber-Widala. Próba Fickera występuje dodatnio w chorobie już dalej posuniętej, podczas gdy próba Gruber-Widala daje wynik dodatni w pierwszych początkach choroby i pewniej występuje także u ozdrowieńców. Nadto występuje ta ostatnia już po 3 godzinach, podczas gdy Fickera dopiero w 3—8 godzin. Materyał przy niej jest dość drogi i sporządzenie jej zajmuje dość du.o czasu. Gdyby się zaś chciało kilka przypadków równocześnie badać, musiałoby się rozporządzać kilkoma przyrządami. W końcu podnosi Selter i tę okoliczność, że w chorobach, wywołanych przez prątki „paratyfusu“, musianoby osobno badać na te prątki, lub też należałoby mieć osobny przyrząd „paratyphusdiagnosticum“. *Dr. B.*

Dr. Flatau i Dr. Wilke. **O „typhusdiagnosticum Fickera“.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 3, 1905). Autorowie twierdzą, że przyrząd Fickera w zupełności zastępuje próbę Widala. Nadto jeszcze ma tę wyższość od próby Widala, że można płyny w przyrządzie Fickera przechowywać nawet przez 9 miesięcy. Nadto można ją zastosować w każdej okoliczności, nie potrzebując do tego żadnej pracowni, ani też mikroskopu. *Dr. B.*

J. Lange. **Przyczynek do leczenia rwy kulszowej.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 52, 1904). Ponieważ istota tej choroby tylko rzadko nam jest wiadoma, przeto ograniczamy się w większości przypadków do leczenia objawowego, mając przytem w pierwszym rzędzie na oku skracanie nadzwyczaj uporczywego cierpienia. Między innemi zasługują na wyróżnienie nowsze sposoby leczenia podskórnemi wstrzykiwaniami leków, jak antypiryna, kokaina, woda przekroplona, eter, wyskok, kwas karbolowy (Anschütz), osmowy i błękit metylenu. Schleich w roku 1895 podał sposób leczenia, wrzekomo bardzo skutecznego, nerwobolów zapomocą znieczulania naciekowego (*Infiltrationsanaesthesie*). Wstrzykiwał on każdego razu po 25·0 swego roztworu 1‰ (*cocaini mur. 0·1, morph. natr. 0·02, natr. chlor. 0·2, aq. dest. 100·0*). Bloch, naśladując sposób Schleicha, używa 2‰ roztworu tropakokainy, jako mniej trującej. Metoda autora polega także na zasadzie Schleicha; posługuje się mianowicie 1‰ eukainy β, rozpuszczonej w NaCl 8‰, i to co najmniej 70—100 sz. cm. na raz; zawsze w jedno i to samo miejsce, poprzednio aseptycznie oczyszczone, mianowicie w okolicę, gdzie nerw kulszowy opuszcza otwór siedzieniowy, które zwykle niezmiernie jest na ucisk tkliwe; tam więc wbija L. igłę, na 7—8 cm. długą, i posuwając ją powoli przez skórę i mięsień, dostaje się do samego nerwu; w chwili dotykania się nerwu igłą, chory uczuwa dotkliwe uderzenie, jakby prądem elektrycznym, które jednak wnet ustępuje i już w kilka godzin później następuje znaczne polepszenie. Mimo wielkich ilości płynu używanego, autor spostrzegał tylko lekkie objawy otrucia: wobec jednak wyników otrzymanych zachęca do wypróbowania jego metody. *Korm.*

Dr. Sorgo. **Leczenie gruźlicy krtani światłem słonecznem, wraz z wnioskiem leczenia jej światłem sztucznem.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 4, 1905). W kilkunastu przypadkach gruźlicy krtani osiągnął autor świetne wyniki przez zastosowanie światła słonecznego. Nacieki, wrzody i nowotwory gruźlicze miały się wybitnie zmniejszyć, a nawet całkowicie usunąć, tylko sprawy gruźlicze, umiejscowione na przedniej powierzchni tylnej ściani krtani, ustępowały wobec bardzo ukośnego kierunku promieni. Chorzy sami wpuszczali sobie do krtani światło, co wedle autora dodatnio ma wpływać na psychiczną ich stronę, albowiem naocznie przekonać się mogą o pomyślnym wyniku leczenia. W celu utrudnienia chłonienia światła przez krew, stosuje autor niekiedy pędzlowanie adrenaliną dla wywołania skurczu naczyń. Obrzęki stanowią jedyne przeciwwskazanie do leczenia światłem. Aby nie być zawisłym od obecności światła dziennego, a więc od pogody, proponuje autor światło sztuczne, które, wobec dotychczasowego zapatrywania, że tylko zbieżne promienie skutecznie działać mogą, musiały natrafić na wielkie trudności. Obecnie jednak przekonano się, że i równoległe promienie wystarczają, a o wynikach leczniczych tymi promieniami spodziewa się autor donieść w krótkim czasie. *Dr. M. Hermelin* (Lwów).

Dr. Jonas. **O zastosowaniu eumidryny (pochodnej atropiny) w nocnych potach suchotników.** (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 4, 1905). Za najlepszy środek przeciwpotny u suchotników uważaną jest dotychczas atropina. Nie zdołano jednak dotychczas usunąć jej ubocznego, szkodliwego działania na nerwy obwodowe (uczucie suchości w gardle, rozszerzenie źrenic, przyśpieszenie tętna, wymioty) i podrażnienia mózgu, występującego po większych dawkach, a objawiającego się drżeniem i niepokojem ogólnym. Przy stosowaniu eumidryny (pochodnej atropiny) występuje wedle autora również obwodowe działanie, podobnie jak przy atropinie, brak natomiast działania na ośrodkowy układ nerwowy. Dreser obliczył, że jadowitość eumidryny jest 50 razy

mniejszą, niż atropiny. Erbe i Engländer przekonali się, że enmidryna przeciw potom nocnym suchotników działa bardzo dobrze, że nawet poty po zaprzestaniu podawania tego środka ustąpiły na pewien czas, dalej, że prawie brak było zupełnie objawów mózgowych, lub jakich innych złych następstw. Bicia serca prawie że nie zauważono. Do tych samych wyników doszedł autor na podstawie 30 przypadków. Podawał on w potach nocnych 1 mlgr. wieczorem, w potach zaś dziennych i nocnych 1 mlgr. rano i 1 mlgr. wieczorem: w cięższych przypadkach podawał 2—3 mlgr.

Dr. M. Hermelin (Lwów).

Freymuth. **Stosowanie preparatów tuberkuliny przez usta.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 2). Z powodu nadmiernej wrażliwości pewnych osobników, dotkniętych gruźlicą, na tuberkulinę, wstrzykiwaną podskórnie, autor zaczął ją podawać przez usta, chcąc się przekonać, czy po zastosowaniu jej tą drogą otrzyma swoiste jej oddziaływanie. Aby usunąć tuberkulinę z pod niszczącego działania soku żołądkowego, podawał ją w keratynowych pigułkach, naczczo, poprzedziwszy ją małą dawką dwuwęglanu sodowego. Doświadczenia swe wykonał na 65 przypadkach nie gorączkujących, z których w 17 wykazano w plwocinie prątki Kocha, w 48 ich nie wykazano. Wyniki, jakie otrzymał, są następujące: Z 17 przypadków z wykazanymi prątkami Kocha w 5 otrzymał swoiste tuberkulinie oddziaływanie: okres kilkogodzinny utajonego działania, szybki wzrost ciepłoty i następowy jej spadek: w 5 innych niewielki, ale wyraźny wpływ na ciepłotę, w 7 brak wszelkiego odczynu. Z 47 przypadków, gdzie rozpoznanie gruźlicy płuc opierało się tylko na objawach klinicznych bez obecności prątków w plwocinie, 8 przypadków oddziaływało silnym podniesieniem się ciepłoty, 19 mniej silnie, a 20 niewyraźnie, lub wcale nie. Co się tyczy dawek, to autor wypróbował je od 5 do 100 mlgr. Wstrzykując tuberkulinę podskórnie w przypadkach, w których po podaniu jej poprzedniem przez usta występował odczyn w postaci gorączki, chociażby małej, ale wyraźnej, zauważył znacznie silniejsze jej zadziałanie i naodwrót: w tych przypadkach, gdzie tuberkulina, podana przez usta, pozostawała bez najmniejszego wpływu, nie zauważył po wstrzyknięciu jej podskórnem swoistego lub żadnego silnego oddziaływania. Wykazując w ten sposób związek między wrażliwością u tego samego osobnika na tuberkulinę, podaną przez usta, a wstrzykniętą podskórnie, dochodzi autor do wniosku, że tuberkulinę można podawać przez usta, zniósłszy poprzednio niszczące działanie soku żołądkowego, a swoiste zadziałanie jej, podanej w ten sposób, może być wskazówką wrażliwości pacyenta na wstrzyknięcie jej podskórne; stąd wygodne stosowanie jej drogą przez usta, pozwalające albo zupełnie usunąć wstrzykiwania podskórne tuberkuliny w celach rozpoznawczych, albo przewidzieć przebieg ich, gdyby zaszła potrzeba zastosowania.

Dr. A. M.

CHIRURGIA. Luniatschek. **Czy parafina przewyższa inne środki, służące do wypełniania korzeni?** (*Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde*. Zeszyt styczniowy, 1905). Według wymagań profesora Millera idealny materyał do wypełniania korzeni powinien posiadać następujące własności: 1. nie ulegać gniciu; 2. posiadać własności lekko, lecz stale odkażające; 3. być podatnym do łatwego wprowadzenia aż do otworu szczytowego; 4. nie drażnić ozębnej; 5. nie barwić szyi zęba; 6. nie być porowatym; 7. dawać się łatwo wydalać. Nadto, według Trautnera: 8. nie powinien ulegać wessaniu, a według Luniatschka — 9. wprowadzony w stanie płynnym, powinien łatwo tężeć. Trautner używał już w roku 1902 parafiny do wypełniania zębów niezupełnie rozwiniętych, w których światło kanału korzenia jest duże. Luniatschek zaczął wypełniać parafiną korzenie o wąskiem świetle. Skłoniły go do tego ujemne wyniki wałków gutaperchowych, które 1. nie mają własności odkażających; 2. zwilżone chloroformem, z trudnością dają się wydobywać z kanału korzenia: 3. łatwo przechodzą przez otwór szczytowy zębów. Parafina odpowiada warunkowi 1, 4, 5, 6, 7, 8, i 9. Co do punktu 3-go, to mu inne materyały przy wązkich i krętych kanałach również nie odpowiadają. Autor wypełnia kanały korzeni parafiną od dwóch lat i doszedł do przekonania, że parafina wnika co najmniej tak głęboko w kanały, jak inne materyały. Szczególnie nadaje się parafina do wypełnienia korzeni, które uległy przedziurawieniu: parafina zamyka otwór, a jeżeli nawet przedostanie się do tkanek, nie działa na nie drażniąco. Korzenie bez przetok, zgorzeli miazgi i t. d. wypełnia autor po dokładnem oczyszczeniu natychmiast parafiną, a jeśli do dni ośmiu nie nastąpi zadrażnienie, wypełnia ząb. Jeśli wystąpi zadrażnienie okostnej, usuwa parafinę zapomocą zimnej igły Donaldona. Technika: Autor używa parafiny z punktem topliwości 55—60° C. Po dokładnem oczyszczeniu kanału korzenia, ogrzewa ząb ciepłem powietrzem, następnie wprowadza zapomocą srebrnej strzykawki Böhma ogrzaną parafinę do kanału, lub — jeśli kanały są zbyt wązkie — do jamy miazgi. Potem wtłacza pompkę Ewensa płynną parafinę do korzeni. Parafina wnika w najwęższe szparki i dokładnie je wypełnia. Autor dodaje do parafiny 4—5 kropel eugenolu na 1 ctm.³.

Dr. N. Munz.

Dr. M. Tiegel. **O wrzodzie okrągłym jelita czczego po gastroenterostomii.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, Tom XIII, Zeszyt 4 i 5, 1905). Do 6 przypadków wrzodu „peptycznego“ w jelicie czczem po gastroenterostomii, spostrzeganych w klinice Mikulicza, dodaje autor 16 innych, przytoczonych w piśmiennictwie. Wszystkie wrzody spostrzegano po gastroenterostomiach, wykonanych z powodu zwężeń natury łagodnej, połączonych prawie zawsze z nadmierną kwasotą żołądka. Wyjątek stanowiły dwa przypadki, w których mimo wrzodu żołądka kwasota była mniejszą od prawidłowej. Najczęściej powikłanie to opisywano po gastroenterostomii Wölflera (10 razy), 5 razy po operacyi Nachera, a raz po Y — metodzie (Roux). Przypadki te ułożyć można w 2 grupy: w pierwszej (8 przypadków) powikłanie to odkrywano dopiero z chwilą, gdy wrzód przebił ściany jelita, a treść jelitowa wylała się do jamy otrzewnowej, niecąc jej zapalenie: — w drugiej zaś wrzodowi jelita czczego towarzyszyły objawy takie, jak przebijającemu wrzodowi okrągłemu żołądka, nie przedstawiając zgoła cech charakterystycznych. Leczenie i w tej grupie, (o pierwszej nie wspominamy wcale), daje smutne wyniki. Związek przyczynowy między wrzodem jelita czczego, a nadmierną kwasotą żołądka nie ulega wątpliwości, — a jako czynniki usposabiające przytacza T. zaburzenia w krążeniu, zgniecenie brzegów rany, osobniczą skłonność (zwapnienie tętnic) i t. d. Starać się zaś winniśmy, aby powikłaniu temu nietylko niemiłemu, ale i niebezpiecznemu, o ile możności zapobiedz. Radzi więc autor 1) ograniczyć chirurgiczne leczenie wrzodów żołądka do wskazań bezwzględnych (t. j. cieśń odźwiernika); 2) a gdy się to wskazanie zdarzy, wówczas jako o „operacyi z wyboru“ myśleć należy przedewszystkiem o plastyce odźwiernika, a dopiero, gdy ta okaże się niemożliwą do wykonania, próbować należy w pierwszej linii gastroduodenostomii (Henle-Kocher), w drugiej zaś dopiero (a zatem na trzeciem miejscu) — gastrojejunostomii v. Hackera, względnie gastrojejunostomii fundosa (Goepelego). (Dziwnym sposobem autor nie wymienia nawet wycięcia odźwiernika, które napewno zapobiegłoby wytworzeniu się wrzodu jelita czczego, a które we wrzodzie żołądka jest wskazane i z innych powodów. Zdaje się, że jedynym wnioskiem logicznym z pracy tej powinno być uznanie wycięcia odźwiernika za operacyę z wyboru we wrzodzie żołądka, jak tego od lat kilkudziesięciu domaga się Rydygier i żądanie to znachodzi coraz to więcej wyznawców. (*Przyp. refer.*). *Herman.*

Dr. H. Miyake. **Badania doświadczalne nad wzmaganiami odporności tkanek przeciw zakażeniu.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, T. XIII, Z. 4 i 5, 1905). Faktem jest, że krew hiperleukocytyczna i wysięk, bogaty w fagocyty, odznaczają się wybitną własnością bakteryobójczą. Obojętnem zaś jest na razie, czy zjawisko to przypisać należy fagocytozie, czy też aleksynom. Fakt ten w celach terapeutycznych próbowało wyzyskać już wielu autorów (Pawłowski i w. in.), niestety bez powodzenia. Santa Solieri i Issaeff zapoczątkowali tedy szereg doświadczeń, mających stwierdzić, czyby przez zapobiegawcze wywoływanie hiperleukocytozy nie można było uniknąć zakażenia? Doświadczenia dwóch ostatnich autorów podjął M. na nowo, zastosowując je głównie do uodpornienia otrzewnej. Mikulicz bowiem, z którego kliniki praca ta wychodzi, mniema, że 50% śmierci po operacyach na przewodzie pokarmowym powoduje ograniczona sprawa zapalna na otrzewnej. Zatem należałoby błonę tę uodpornić. Autor użył do badań morskich świnek i królików, a do doświadczeń — fizyologicznych roztworów soli kuchennej, bulionu, aleuronatu i kwasu nukleinowego. Najwybitniejsza hiperleukocytoza występuje po 2% roztworze kwasu nukleinowego w fizyologicznym roztworze soli kuchennej, zobojętnionym dwuwęglanem sodowym. Po wstrzyknięciu roztworu tego do jamy otrzewnowej lub pod skórę, pojawia się w pierwszej godzinie hiperleukocytoza, po której w następnych pojawia się hiperleukocytoza, do *maximum* dochodzi w 7-ej lub 8-ej godzinie i utrzymuje się przez następnych parę dni, a wykazać ją można jeszcze po 4—5 dobach. Zwierzęta, przygotowane przez wstępne wstrzyknięcie powyższego roztworu, okazały się rzeczywiście bardziej odporne na zakażenie otrzewnej prątkami okrężnicowymi, czystymi, zmieszanymi z gronkowcami, lub łańcuszkowcami, jak niemniej treścią z żołądka lub jelit. Ten bądź co bądź korzystny wpływ sztucznej hiperleukocytozy u zwierząt zachęcił do prób u ludzi. Jedna próba wlania przytoczonego roztworu do jamy otrzewnowej chorej, w której w 7 godzin później wykonano gastrolysim, przekonała, że zabieg ten jest wprawdzie nieszkodliwym, ale połączony z tyloma przypadłościami (podniesienie ciepłoty, objawy zadrażnienia otrzewnej), że odtąd wstrzykiwano 50 sz. ctm. 2% roztworu zobojętnio-

nego kwasu nukleinowego wyłącznie pod skórę (klatki piersiowej), i to 12 godzin przed operacyą. 106 operacyi, wykonanych po takich przygotowaniach, nie pozwalają na razie na ostateczne wnioski. *Herman.*

Treplin. **Obustronna kamica nerkowa.** (*Archiv für klin. Chir.*, Bd. 74, IV, 1905). Obustronną kamicę nerkową dzieli autor na dwie części: 1) przypadki obustronnej kamicy, gdzie bezmocz występuje nagle i 2) takie przypadki, gdzie wprawdzie bezmoczu niema, kamienie jednak są bardzo wielkie i każdej chwili bezmocz wystąpić może. W pierwszej grupie kamienie są małe i dlatego łatwo wpadają i zatykają moczowód. Są to zwykle pierwotne kamyki nerkowe. W grupie drugiej kamienie są bardzo duże. Wytworzenie się ich wyprzedza zwykle zapalenie pęcherza i wstępujące zapalenie miedniczek nerkowych. To ostatnie powoduje zmiany i usposabia do tworzenia się nieraz całych odlewów miedniczki. Kamienie takie są ściśle złączone z błoną śluzową miedniczki, koło nich wydziela się często z moczem piasek. Bardzo często spotykamy obustronną kamicę w nerkach, zajętych gruźlicą. Niebezpieczeństwo przy bezmoczu zależy nie tyle od długości jego trwania, ile raczej od zmian w nerkach, jakie się przez ten czas wytworzyć mogą. Co do pytania, którą nerkę należy operować najpierw, to u Kümmla hołduje się zasadzie, że operuje się zawsze nerkę tę, która ostatnia przebyła kolkę, w przekonaniu, że nerka ta jest jeszcze zdrową i trzeba jej w pracy użyć. Przy dużych znów obustronnych kamieniach operować należy nerkę gorszą w tej myśli, by przez czas, kiedy nerka operowana przychodzi do siebie, zdrowsza za nią funkcyonowała. Operują u Kümmla dwuczasowo w odstępach 6—8 tygodni. Wszystkie przypadki trzeba skrupulatnie cystoskopować i moczowody sondować. Nawet obustronne kamienie nerkowe mogą przebiegać bez typowej kolki tak, że często jedynie promienie Röntgena sprawę rozjaśniają. W razie nagłego bezmoczu operować należy po stronie zdrowszej, w przypadkach przewlekłych po gorszej. Przypadki operowane uważać można za wyleczone wtedy, gdy punkt krzepliwości krwi wróci do normy. Nawroty zdarzają się jednak często. *Dr. A. Klęsk.*

Kausch. **Przyczynek do występowania cukrzycy w chorobach chirurgicznych.** (*Archiv f. klin. Chir.*, Bd. 74, IV, 1905). Cukrzyca występuje najczęściej przy złamaniach kości. Zwykle spotykamy cukier w pierwszym moczu, oddanym po urazie, w ilości około 1%. Prawie nigdy nie występuje acetonurya lub diaceturya, także nie spotyka się zwiększonego wydzielania moczu i zwiększonego pragnienia. Glikozurya trwa krótko, 1—8 dni. Czasem po ustąpieniu cukru z moczu podawanie węglowodanów może znowu wywołać pojawienie się cukru; zdarza się to jednak rzadko. Przyczyny pojawiania się cukru po urazach nie znamy. Przypisujemy winę wstrząśnieniu układu nerwowego, obciążeniu nerwowemu lub alkoholizmowi. Tę chwilową glikozuryę nazwał Redard efemeryczną w przeciwieństwie do glikozuryi trwałej, czyli cukrzycy. Cukrzyca jest niemiłem powikłaniem; trzeba też starać się przed wykonaniem zabiegu przez odpowiednią dyetę cukier z moczu usunąć, lub ilość jego przynajmniej zmniejszyć. Uśpienie, szczególnie przez wdychiwanie chloroformu, jest dla chorych na cukrzycę bardzo szkodliwe, zjawia się po niej często acetonurya lub zapad. Nie powinno się też usypiać takich chorych w celach rozpoznania, a zwłaszcza po kilka razy. Uśpienie eterowe jest mniej niebezpieczne. Operować chorych na cukrzycę powinno się o ile możności wczas rano, w znieczuleniu miejscowem, gdyż głodzenie usposabia aż do acetonuryi. Chorym na cukrzycę przed operacyą należy podawać obficie sodę aż do wystąpienia alkalicznego odczynu moczu. W razie śpiączki podawać należy sodę przez usta, w lewatywie, podskórnie i śródżylnie. W ostatnich czasach radzi Schwarz z Pragi podawać w śpiączce 70 gramów kwasu glikonowego w połowie litra wody, zobojętnionego sodą. Przetwór ten obecnie jeszcze jest bardzo drogi, a działanie jego polega na tem, że ustrój podległy cukrzycy zużywa i spala te kwasy węglowodanowe, wskutek czego działanie ich jest takie, jak węglowodanów w ustroju zdrowym. *Dr. Adolf Klęsk.*

Dr. J. Arce. **Nowy sposób zakładania przetoki żołądkowej, względnie jelitowej.** (*Zentralbl. f. Chir.*, Nr. 3, 1905). Zakładając przetokę żołądkową lub jelitową, musimy wybrać sposób technicznie jak najprostszy, a zarazem dający pewność, że treść żołądkowa, względnie jelitowa, na zewnątrz wydostawać się nie będzie. Dotychczasowe sposoby odpowiadają wprawdzie warunkowi drugiemu; technicznie jednak są dość zawiłe. A. podaje własny sposób: znieczulenie miejscowe, cięcie przez mięsień prosty, wyciągnięcie odpowiedniej części żołądka, względnie jelita, przyszycie szwami węzełkowymi, przechodzącymi przez warstwę surowiczomięsną żołądka, względnie jelita, na przestrzeni 1 ctm.² jedynie tylko do otrzewnej ściennej, zeszycie pozostałej rany otrzewnej, szwy skórne. Żołądek, względnie jelito, można albo natychmiast naciąć, albo dopiero po 12 godzinach. Płyny odżywcze wprowadza się cewnikiem Nr. 18. Przez przyszycie żołądka, względnie jelita, jedynie do otrzewnej, stwarza się dość długi, a wązki kanał, mający zapobiegać wypływaniu treści na zewnątrz. Na poparcie swego sposobu przytacza A. 5 przypadków, wykazujących jednakowoż pod względem czynnościowym bardzo słabe wyniki. *K.*

Dr. P. Bonheim. **Wyniki leczenia ogólnego zapalenia otrzewnej w następstwie przebicia wrzodu żołądka lub dwunastnicy.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, T. 75, Z. 5 i 6, 1905). Na podstawie własnych 16 przypadków, z których 9 wyleczono, dochodzi B. do następujących wniosków: Wyniki leczenia operacyjnego zapalenia otrzewnej w następstwie przebicia wrzodu żołądka lub dwunastnicy są dosyć korzystne, a znacznie lepsze od zapalenia otrzewnej ogólnego, powstałego na innem tle. Przyczyny tego szukać należy w małej sile zakaźnej treści żołądka, zawierającego zazwyczaj dużo kwasu solnego. Dlatego też prawdopodobnie dziurawiące wrzody dwunastnicy dają gorsze wyniki. W leczeniu pooperacyjnem bardzo ważną rolę odgrywają systematyczne wlewania wśródżylne dużych ilości fizyologicznego roztworu soli, względnie płynu Ringera (*Calc. chlorat. stbl. 0·2, Kal. chlorat. 0·2, Natr. chlorat. 8·0, Natr. bicarb 0·1, Aq. dest. 1000*). B. dochodził do 17 litrów w przeciągu 4 dni. Jednorazowo wlewa się taką ilość płynu, ażeby żyły szyjne wyraźnie się wypełniły. *K.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Herman. **Odma podskórna, powstała podczas porodu.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, T. LIII, Z. 3, 1905). W piśmiennictwie znajdujemy zaledwo dwa przypadki odmy, powstałej podczas porodu. Powstała ona w ten sposób, że podczas silnego parcia w II. okresie porodowym pękły w obu przypadkach u pierwiastek pęcherzyki płucne i powietrze dostało się pod opłucnę, następnie zaś do śródpiersia, wreszcie pod skórę najpierw szyi, następnie całego ciała. Autor opisuje jeszcze jeden przypadek, zupełnie analogiczny do poprzednich, który się zdarzył w klinice prof. Treuba w Amsterdamie. Inny przypadek, spostrzegany przez samego autora, o tyle różni się od poprzednich, iż podczas parcia w II. okresie porodowym powstała nagle odma nie na szyi, lecz na powiece dolnej oka lewego, następnie górnej, stąd rozszerzyła się na czoło, twarz, później dopiero na szyję, klatkę piersiową i brzuch. Ponieważ autor stwierdził równocześnie zmiany chorobowe w jamie nosowej, których początek datował się od lat kilku, przeto przypuszcza, iż tą drogą dostało się powietrze pod skórę po wytworzeniu się jakiegoś bliżej nieokreślonego połączenia, a nie jak w poprzednich przypadkach wskutek pęknięcia pęcherzyków płucnych. Podobne przypadki odmy tylko nie podczas porodu, znane są w piśmiennictwie „o chorobach nosa“, przy złamaniach kości nosowej, lub po ubytkach w tej kości na tle owrzodzeń. *Dr. Wierzbicki.*

Burckhard. **Leczenie zakażenia paciorkowcowego, a zwłaszcza gorączki połogowej surowicą.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, T. LIII, Z. 3, 1905). Opierając się na spostrzeganych 8 przypadkach gorączki połogowej, zakończonych wyzdrowieniem, autor przyznaje działanie lecznicze surowicy przeciwpaciorkowcowej, zaznacza jednakowoż równocześnie, że w wielu innych przypadkach widocznego polepszenia przy stosowaniu tej surowicy zauważyć nie mógł. Zmienne to działanie autor tłómaczy tem, że 1) działanie surowicy zależy od rodzaju paciorkowca, wywołującego zakażenie. W zakażeniach mieszanych polepszenia nie sprowadza. 2) Działanie surowicy leczniczej zależnem jest od składu surowicy krwi osobnika. W niej bowiem znajdują się ciała w rodzaju fermentów i te w połączeniu z ciałami uodporniającemi, które się znajdują w surowicy leczniczej, działają bakteryobójczo. Jeżeli więc fermenty już zużyją się w walce z drobnoustrojami, czyli jeżeli wprowadzimy zbyt późno surowicę leczniczą do ustroju, to wówczas nie spostrzeżemy żadnych dodatnich wyników. 3) Nadto autor przypuszcza, że wprawdzie od surowicy giną same drobnoustroje, ale ich toksyny działają nadal. Z wielu rodzajów surowic przeciwpaciorkowcowych najlepsze wyniki przypisuje autor surowicy Aronsona i to w dawkach 10—20 sz. ctm. dziennie. *Dr. Wierzbicki.*

PEDYATRYA. Kelier. **Przyczynek do leczenia dzieci zołzowatych.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, 1904, XII). Kierując zakładem, przeznaczonym dla takich dzieci, autor miał sposobność przeprowadzić spostrzeżenia swoje na licznym materyale, bo na 432 dzieciach, u których bądź wywiady, bądź stan w dniu przyjęcia do sanatoryum wskazywał na istnienie zołzów. Autor, również jak Czerny, rozumie przez to określenie takie usposobienie dziecka, przy którem zmniejszoną jest wrodzona odporność ustroju przeciw nabywaniu chorób skóry i błon śluzowych, szczególnie ócz i przewodu oddechowego K. kładzie nacisk na tę okoliczność, iż tylko częste nawroty przytoczonych schorzeń są znamienne dla samej sprawy chorobowej, a nie szczególne jakieś objawy, lub ich przebieg. Doświadczenie

autora, nabyte na dzieciach, po większej części źle i nieodpowiednio odżywionych i wogóle pozostających w niekorzystnych stosunkach, pouczają, iż dłuższy pobyt takich dzieci w jakimkolwiek zakładzie nad morzem wzmaga łaknienie i zmienia niejako usposobienie i charakter dziecka; dziecko takie przybiera prawie zawsze na wadze i to lepsze odżywienie, jakoteż niemniej wpływ klimatu morskiego czynią je odporniejszem przeciw chorobom, cechującym zołzy. To też K. z zadowolnieniem zaznacza, iż dzieci jemu powierzone zaraz w pierwszych dniach pobytu w zakładzie przestawały uskarżać się na różne dolegliwości, a wszystkie ochoczo i żywo oddawały się zabawom. Dzieci kąpały się 2 lub 3 razy tygodniowo, wątlejsze najpierw w ogrzanych kąpielach, a w każdym razie nie pozostawały dłużej nad 10 minut w kąpieli. Te warunki higieniczno-klimatyczne, oraz zdrowy wikt, składający się z $^1/_4$—$^1/_2$ funta mięsa, $^1/_2$ litra mleka, obfitej ilości świeżych jarzyn i owoców, nareszcie 3—4 bułek dziennie, niemniej też i wpływ dodatni leczenia zakładowego trzeba uważać za czynniki lecznicze rozstrzygające. Godnem uwagi jest zdanie autora co do skuteczności kąpieli morskich: niema on wcale przekonania o tak sławnem działaniu na przemianę materyi, jak to inni utrzymują, gdyż niejednokrotnie sam stwierdził te same błogie skutki i u takich dzieci, które się wcale nie kąpały. Co do trwałości skutków tego sposobu leczenia autor bezstronnie przyznaje, że u większości dzieci, przez niego leczonych, przeważnie biednych i powracających do niezdrowych warunków, przybytek na wadze nie dał się długo utrzymać, i że znowu występowały po niejakim czasie dawniejsze dolegliwości, jednakowoż prawie zawsze mógł stwierdzić, że czynniki poprzednio wymienione za drugim lub trzecim przyjazdem tego samego osobnika zołzowatego silniej i szybciej działały i że np. dziecko takie za drugą bytnością w zakładzie rychlej przybierało na wadze, niż za pierwszą.

Dr. Korm.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Notthaft **O bolach, pozornie niezależnych od gruczołu krokowego, a przecież będących następstwem zapalenia tego narządu; kilka uwag o przewlekłem zapaleniu gruczołu krokowego.** (*Archiv f. Dermat. und Syphilis*, T. 70, Z. 2, 1904). Przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego można mylnie wziąć za rwę kulszową, guzy krwawnicowe, bole stawu kolanowego, przewlekły nieżyt szyjki pęcherza moczowego, zapalenie przyjądrza i sznurka nasiennego, nerwobole w różnych miejscach podbrzusza i kamienie nerkowe. Na podstawie jednorazowego badania wydzieliny gruczołu krokowego można zrobić rozpoznanie, lecz tylko w razie wyniku dodatniego; przy wyniku ujemnym trzeba kilkakrotnie powtórzyć badanie. Podczas gdy dwoinki rzeżączkowe w biegu lat znikają zwykle z wydzieliny gruczołu krokowego, to natomiast utrzymują się inne rodzaje drobnoustrojów. Co do leczenia, pierwszorzędne miejsce zajmuje miesienie, które jest najkonieczniejszym i najważniejszym środkiem. Różne zabiegi wodolecznicze i termiczne w kiszce stolcowej mogą tylko ułatwić leczenie, ale nie mogą zastąpić miesienia. Lewatywom i czopkom ichtyolowym nie przypisuje autor najmniejszego znaczenia. Tak miesienie, jak i ewentualnie potrzebne zabiegi śródcewkowe należy wykonać z największą ostrożnością. Po każdem miesieniu nastąpić powinno odkażające wkraplanie lub przepłukanie.

Baschkopf.

Niels, R. Finsen i H. Forchhammer. **Wyniki leczenia naświetlaniem naszych pierwszych 800 przypadków liszaja żrącego.** (*Mitteilungen aus Finsens „Medicinske Lysinstitut“* w Kopenhadze. Zeszyt V i VI, 1904). Autorowie badali przez czas dłuższy swoich chorych, bądź też starali się otrzymać o nich ścisłe wiadomości listowne. Na 800 przypadków stwierdzono 572 razy = 72% równoczesne zajęcie także błon śluzowych. Najczęściej zajętą była jama nosowa, później wargi, jama ustna, gardło, krtań. Gruźlicę płuc stwierdzono w 125 przypadkach = 16%. Podczas gdy gruźlica płuc pogarszała zawsze rokowanie co do życia, to nie można było wykazać liczbami niekorzystnego jej wpływu na miejscowe gojenie się zmian skórnych. Zmiany w błonie śluzowej, szczególnie nosa, pogarszają rokowanie co do trwałego wyleczenia, i należy je leczyć środkami żrącymi. Niekiedy można było stwierdzić, że zajęcie błony śluzowej dało powód do szybko występującego nawrotu; w niektórych przypadkach toczeń wcale nie oddziaływał na naświetlanie — bez możności wykazania przyczyny tego faktu. Wogóle uderzająco trwałym jest korzystny wpływ światła. Rozumie się, iż rozległość i głębokość nacieku odgrywa wielką rolę pod względem trwałości wyleczenia, jakoteż trwania leczenia. Z przytoczonych liczb wynika, iż naświetlaniem można osiągnąć uderzająco dobre wyniki, szczególnie też co do trwałości wyleczenia.

Baschkopf.

Monti. **O ostrych gorączkowych rumieniach w wieku dziecięcym.** (*Allgemeine Wiener med. Ztg.*, Nr. 1—2, 1905). W krótkich zarysach kreśli autor cały obraz chorobowy. Etyologia wykazuje, że rumień występuje wskutek działania toksyn drobnoustrojowych, bądź toksyn w samym ustroju się tworzących, bądź też rozmaitych substancyi chemicznych, wprowadzonych do ustroju jako środki lecznicze. Objawy chorobowe na skórze tworzą rozmaity obraz; występują albo w postaci osutki plamistej, żywo czerwonej, zlewającej się, bądź też zmiany na skórze podobne są do pokrzywki rozsiane nierównomiernie na całem ciele, albo też występują w grupach na tułowiu i kończynach. Najczęściej usadawiają się zmiany na policzkach, czole i w okolicy mostka piersiowego. Często także zajęte bywają błony śluzowe. Również i typ gorączki, towarzyszącej zwykle chorobie, nie jest jednakowym; wahania ciepłoty ciała bywają między 37·5 a 38·5; zwykle można wykazać spadki poranne i podwyższenia wieczorne; przy słabszych formach chorobowych może wcale gorączka nie występować. Rokowanie zależy od rodzaju intoksykacyi, która dała powód do wystąpienia rumienia. Co do rozpoznania, to może być ono w pewnych przypadkach trudnem ze względu na odróżnienie od płonicy. Trudniej byłoby wziąć tę chorobę za odrę ze względu na charakterystyczne objawy tej ostatniej: jej umiejscowienie najpierw na twarzy i nadzwyczaj szybkie rozszerzenie się, jak również i typ gorączki. Leczenie powinno dążyć do usunięcia intoksykacyi, będącej przyczyną rumienia i do jak najszybszego wydalenia wytworów toksycznych.

Dr. Stopczański.

L. Halberstaedter. **Działanie promieni Roentgena na jajniki.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 3, 1905). Najbardziej rozpowszechnione są badania wpływu promieni Roentgena na skórę; stosunkowo mało jednak posiadamy wiadomości o działaniu ich na inne narządy. Pierwszy krok w tym kierunku uczynił Albers-Schönberg, który wykazał, że u samców-królików i świnek morskich, których powierzchnię brzucha wystawiano często na działanie promieni Roentgena, po pewnym czasie występowała azoospermia, będąca wynikiem początkowo zaniku przybłonka w kanalikach jądrowych, a następnie i zaniku samych jąder. Powyższe badania stwierdził całym szeregiem preparatów makro- i mikroskopowych Seldin, a także na ostatnim Kongresie dermatologicznym w Berlinie w roku 1904 i Buschke. Z innych badań w tym kierunku zasługują na uwagę spostrzeżenia Birch-Hirschfelda, który przez wystawienie na działanie promieni R. oczów królika wywoływał zanik nerwu wzrokowego, oraz spostrzeżenia Milchnera, Heinecke i Mossego, którzy analogiczne zmiany wywoływali w śledzionie, gruczołach chłonnych i szpiku kostnym. Znane są również porażenia, powstałe u małych zwierząt skutkiem działania promieni R., prawdopodobnie wywołane bezpośredniem ich działaniem na układ nerwowy, jakkolwiek zmian anatomicznych w odnośnych nerwach nie zauważono. Autor przeprowadził w klinice dermatologicznej prof. Neissera w Wrocławiu badania nad wpływem promieni R. na jajniki zwierząt ssących, a mianowicie królików (przeszło 20 sztuk); na jajnikach tych już makroskopowo rozeznać można pęcherzyki Graafa w rozmaitych okresach ich rozwoju, oraz świeże i stare ciałka żółte; kształt tych jajników jest podługowaty, podobny do pestki daktyla; długość u dojrzałych płciowo i silnych zwierząt około $1^1/_2$ ctm., szerokość 0,5 ctm., takaż mniejwięcej i grubość. Badania swe przeprowadził autor w celu kontroli tylko po lewej stronie brzucha, osłaniając prawą odpowiednimi płytami ołowianymi; naświetlanie trwało $^1/_2$ godziny, odległość rury — 12 ctm. Wyniki badań były takie, że we wszystkich przypadkach naświetlany lewy jajnik ulegał zanikowi, stawał się znacznie mniejszy, niż nienaświetlany jajnik prawy; pęcherzyki Graafa zaś po 15 posiedzeniach zupełnie zanikały na lewym jajniku, podczas gdy na prawym już makroskopowo były widoczne. Zmiany te zanikowe stwierdził autor i preparatami mikroskopowymi. Ciekawe również były badania tegoż autora, przeprowadzone zapomocą bromku radu, na działanie którego przez minut 20 wystawiał jajnik królika, wydobyty z rany po otwarciu jamy brzusznej; pęcherzyki Graafa, których wielką ilość już makroskopowo podczas zabiegu operacyjnego stwierdził, w 16 dni potem nie zawierały ani jednego pęcherzyka. Autor ostrzega wobec wyniku powyższych badań przed częstem roentgenowaniem brzucha kobiet, oraz poleca stosowanie odpowiednich płyt ochronnych u posługaczek w pracowniach roentgenowskich.

Steuermark.

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. Pick. **O euforyi występującej przemijająco przy nowotworach mózgu.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 2, 1905). Znaną jest rzeczą, że przy nowotworach, zwłaszcza płatów czołowych mózgu, występuje euforya, stale się utrzymująca. Napadowe jednak jej występowanie dotychczas ogłoszone nie zostało. Autor opisuje właśnie przypadek tego rodzaju. Dotyczy on mężczyzny 27-letniego, u którego po kilku napadach osłabienia lewej połowy ciała, rozpoczynających się w nodze i nie połączonych z utratą przytomności, wystąpiły typowe napady lewostronnej padaczki Jacksonowskiej. Obok tego stwier-

dzono istnienie tarczy zastoinowej w obu oczach tak, iż należało uważać za pewne istnienie nowotworu mózgu w prawej półkuli, i to albo w płacie czołowym, albo w zwojach prae-, lub paracentralnych. W przebiegu choroby zauważono napadowe występowanie euforyi. Wypadek ten zbliża się w ten sposób z jednej strony do przypadków nowotworów czołowych, przy których zauważono euforyę stałą (obok t. zw. Witzelsucht, to znaczy chęci dowcipkowania. *Przyp. ref.*), z drugiej zaś strony do napadów euforyi, występującej już to jako równoważnik padaczki, już to jako zaburzenie, występujące przed lub po napadzie w padaczce. Pamiętać należy, że euforyę, występującą w przebiegu porażenia postępującego tłómaczono także zajęciem płatów czołowych. *Dr. A. Rydel.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne w dniu 11 stycznia 1905 r.

Przewodniczy: kol. prof. Nowak.

Obecnych członków 14.

I. Sprawozdania z posiedzenia nadzwyczajnego z dnia 30 listopada i posiedzenia wyborczego z dnia 21 grudnia 1904 r. odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Ciechanowski, w zastępstwie przewodniczącego kol. prof. Browicza, odczytuje sprawozdanie z czynności Komisyi słownikowej:

Druk nowego wydania słownika lekarskiego dobiegł końca, a w lutym dzieło będzie puszczone w obieg. Kończąc swoje zadanie, zdaje Komisya sprawę za cały czas swej działalności. Pierwsze wydanie słownika, opracowane z ramienia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego przez nieżyjących już dziś: Janikowskiego, Kremera i Oettingera, a po śmierci dwóch pierwszych ukończone i wydane w r. 1881 przez Domańskiego. Rydla i Oettingera, rozchodziło się tak szybko, że w tymże jeszcze roku polecono ówczesnej Komisyi zbierać materyał do drugiego wydania. Dopiero jednak w roku 1890 powróciło Towarzystwo do tej sprawy, uchwalając podjąć ponowne wydanie i wtedy rozpoczęła Komisya zwolna gromadzić materyał, czem zasłużył się głównie Domański. Przyspieszenie dalszych prac było przedmiotem obrad Towarzystwa w r. 1893 i w r. 1894; w marcu tegoż roku w miejsce zmarłych dwóch członków dawnej Komisyi wybrano Kryńskiego, Kwaśnickiego i Cybulskiego. W roku następnym obraduje Towarzystwo nad sprawą słownika w styczniu i na osobnem posiedzeniu w lipcu. Komisya składała się wówczas z Domańskiego, jako przewodniczącego, Kryńskiego i Kwaśnickiego. Objąwszy Redakcyę „Przeglądu lekarskiego“ ustępuje w maju 1897 z Komisyi Kwaśnicki, a wówczas wybrano ustępującą dzisiaj Komisyę, która składała się z Browicza, Ciechanowskiego, Domańskiego i Kryńskiego i ukonstytuowała się 20 listopada 1897, wybierając przewodniczącym Browicza, który pracę do końca doprowadził. Do czynności administracyjnych dobrała sobie Komisya Raczyńskiego, przekazując je po jego wyjeździe do Lwowa w r. 1904 Ciechanowskiemu. W pracach Komisyi uczestniczył czasowo także Cybulski, a zastępczo przez kilka miesięcy Wachholz i A. Rosner.

Do roku 1897 przerobiła Komisya wszystkie wyrazy, zawarte w pierwszem wydaniu słownika z roku 1881 i rozpoczęła gromadzić wyrazy nowe, w czem zadał sobie wiele pracy Domański. Od r. 1898 przerobiono kilkakrotnie cały materyał na wspólnych zebraniach, a mianowicie: poprawione przez poprzednią Komisyę w latach 1895/6 pierwsze wydanie słownika, kilkudziesiątarkuszowy elaborat krytyczny, nadesłany przez warszawskie Towarzystwo lekarskie, uwagi, nadesłane przez Wydział lekarski Towarz. przyjaciół nauk w Poznaniu, dalej kilkanaście tysięcy nowych wyrazów, zebranych z różnych źródeł przez członków Komisyi, wreszcie drobniejsze zbiorki śp. Rydla, śp. Seifmana, Markiewicza, a — co do litery A — Cybulskiego i Królikowskiego. Opracowanie całego działu słownictwa chemicznego według uchwał Akademii umiejętności. — powierzyła Komisya Doc. St. Tołłoczce. Zbadano też materyał, pozostały po śp. prof. Oettingerze; okazało się jednak, że nie zawiera on nowych danych. W niektórych sprawach wątpliwych zasięgano zdania znawców, stanowiącego potem podstawę do dalszych obrad Komisyi. W tym względzie pomocni byli Komisyi, co do niektórych wyrazów: prof. Baudouin de Courtenay, prof. Cybulski, prof. Kostanecki, Doc. Krzyształowicz, Doc. Lemberger, śp. prof. Malinowski, prof. Nowak, Dr. Niezabitowski, prof. Reiss, prof. Rosner, prof. Rostafiński, prof Jan Rozwadowski, prof. Wachholz, prof. Wicherkiewicz, inż. E. Zieleniewski.

Uporządkowaniem kartek słownikowych do druku zajmowali się Gliński i panie Glińska i Ciechanowska, układem drugiej części słownika Ciechanowski; korektą wszyscy członkowie Komisyi, oraz co do wyrazów chemicznych Doc. Tołłoczko.

Wszystkim, którzy w jakikolwiek sposób nieśli Komisyi pomoc w pracy, oraz Zarządowi i zecerom Drukarni uniwersyteckiej za staranne wykonanie żmudnego zadania drukarskiego, należy się szczere podziękowanie.

Druk rozpoczęto z końcem r. 1902, ukończono w styczniu 1905. Zaliczki na koszta druku udzielił fundusz budowy domu Towarzystwa lek. krak., resztę ma pokryć rozsprzedaż Słownika, z czego dokładne sprawozdanie przedstawiane będzie Towarzystwu corocznie.

Wysłuchawszy tego sprawozdania, Towarzystwo uchwala umieścić w protokole obrad podziękowanie dla wszystkich, którzy Komisyi w jej pracach byli pomocni.

III. Kol. Śliwiński zdaje sprawę z czynności Komisyi przemysłowej.

IV. Kol prof. Wachholz odczytuje sprawozdanie z czynności Komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa-Hirscha, poczem w swojem i kol. doc. Horoszkiewicza imieniu składa mandat w ręce Tow. lek. — Kol. prezes dziękuje za dotychczasową pracę kol. prof. Wachholzowi i kol. doc. Horoszkiewiczowi.

V. Kol. Wrzosek zdaje sprawozdanie z czynności bibliotekarza. W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Ciechanowski i wyraża życzenie, ażeby pomoc pieniężną, udzielaną bibliotekarzowi, powiększyć i ustanowić Komisyę biblioteczną.

VI. Kol. prof. Ciechanowski zdaje sprawę z administracyi „Przeglądu lekarskiego“.

VII. Kol. prof. Łepkowski oświadcza, że Komisya kontrolująca znalazła wszystkie księgi w porządku.

VIII. Kol. Różecki odczytuje sprawozdanie z czynności skarbnika. W dyskusyi przypomina kol. prof. Ciechanowski, że w sprawie „funduszu dyżurów nocnych“ zapadła już dawniej uchwała, na mocy której fundusz ten miał przejść na własność Tow. ratunkowego. Towarzystwo poleciło prezydyum zająć się tą sprawą w porozumieniu z Magistratem i Tow. ratunkowem.

IX. Kol. prof. Łepkowski stwierdza, że Komisya kontrolująca znalazła księgi kasowe w porządku i czyni wniosek, ażeby sprawozdanie skarbnika litografować w większej ilości egzemplarzy i doręczać członkom Tow. lek. przed posiedzeniem administracyjnem. Po przeprowadzeniu dyskusyi nad tym wnioskiem uchwaliło Tow., że sprawozdanie skarbnika ma być składane na ręce gospodarza domu, gdzie każdy członek Tow. będzie je mógł przeczytać.

X. Kol. prym. Borzęcki odczytuje sprawozdanie z czynności sekretarza stałego.

Z końcem roku 1903 liczyło Towarzystwo lekarskie krakowskie członków honorowych 13, czynnych 142, korespondentów 49. Z końcem r. 1904 liczba członków honorowych pozostała ta sama, z liczby członków czynnych ubyło 4, przybyło 15 tak, że wynosi liczba ich 153, korespondentów 49.

W kronice żałobnej przychodzi zapisać śmierć ś. p. kol. Kazimierza Szymkiewicza z Krakowa.

Posiedzeń odbyło Towarzystwo 17, w liczbie tej jedno administracyjne, trzy nadzwyczajne, jedno wyborcze.

Odczytów wygłoszono 16, demonstracyi było 11.

W zakresie spraw administracyjnych dokonano w porozumieniu i za zgodą Rady nadzorczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich niektórych zmian Statutu. Na wniosek Komitetu Tow. uchwalono jednogłośnie ażeby przesłać kol. Gwiazdomorskiemu adres uznania, w uznaniu Jego zasług, jakie położył dla Towarzystwa, sprawując przez lat szereg urząd skarbnika.

Na pierwszy plan w zakresie spraw zarządu Towarz. lek. krak. wysuwa się budowa Domu własnego. Pierwszy krok w tym kierunku uczynił prof. Mars w r. 1893 przez zainicyowanie składek dobrowolnych między członkami na budowę domu. W r. 1898 prezes Towarz.

prof. Maciej Jakubowski zwrócił się do Magistratu miasta Krakowa z prośbą w imieniu Towarzystwa o odstąpienie bezpłatne potrzebnego gruntu pod budowę Domu. Odpowiedź była odmowną, sprawa poszła w odwłokę. Trzeba było wiele nieugiętej energii, silnej woli, aby przy takich warunkach w lat kilka podjąć tę myśl na nowo. Dokonał tego prezes Towarzystwa prof. Julian Nowak z pomocą stworzonego przez siebie Komitetu budowy. Niezrażony poprzednią odmową, wniósł Komitet powtórnie podanie do Magistratu miasta, a świetna Rada miejska załatwiła p danie przychylnie, odstępując potrzebny grunt pod budowę Domu Towarzystwa na rogu ulicy Kopernika i Radziwiłłowskiej. Na posiedzeniu, odbytem dnia 8 lipca 1903, zapadła jednomyślna uchwała Tow. lekarskiego krakowskiego przystąpienia do budowy. Strona finansowa tego przedsiębiorstwa przedstawiała się dość smutno, co jednak nie odstraszyło głównego kierownika tej sprawy od rozpoczęcia dzieła i już w sierpniu 1903 rozpoczęto budowę. Powierzono ją Wielm. Panu Karczmarskiemu, architekcie, który z całą sumiennością, nie szczędząc trudów i bacznej opieki, dokończył jej pod koniec r. 1904 ku zupełnemu zadowoleniu Komitetu budowy. W Komitecie budowy zasiadał uproszony przez nasze Towarzystwo Wny P. Saare, nadradca budownictwa, który z całą życzliwością i gotowością udzielał swoich cennych rad i wskazówek. Przyozdobienia wnętrza Domu, jak klatki schodowej, witraży, sali posiedzeń, dokonano według pomysłów i wzorów, jakich łaskawie udzielić raczył Stanisław Wyspiański. Wszystkim Im należą się słowa gorącego podziękowania ze strony naszego Towarzystwa. Główna jednak zasługa około doprowadzenia tego dzieła do skutku należy się prezesowi Towarzystwa. Jego niestrudzona energia i wytrwałość potrafiły usunąć bardzo liczne trudności w okresie budowy Domu. Wybudowanie Domu własnego stanowić będzie w historyi Tow. lek. krak. bezsprzecznie jedną z najważniejszych chwil w jego rozwoju. Złączy się z nim nierozerwalnie po wszystkie czasy nazwisko czcigodnego prezesa, a Towarzystwo przechowa je we wdzięcznej pamięci. By dać Mu wyraz swego uznania za podjęte trudy i okazać swą wdzięczność, obrało go nasze Towarzystwo jednogłośnie po raz trzeci z rzędu swoim prezesem, by w roku pierwszym wprowadził je do własnego Domu, który oby rozwijał się ku chwale i pożytkowi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

XI. Wreszcie zdaje kol. prezes sprawozdanie z czynności Komitetu budowy Domu i z roku administracyjnego. Zaznacza, że tego roku wyjdzie „Słownik terminologii lekarskiej polskiej", a pierwszy jego egzemplarz pojawi się na uroczystem posiedzeniu w dniu otwarcia Domu. Dalej podaje do wiadomości, że budowa i urządzenie Domu prawie ukończone, a otwarcie zależne tylko od otwarcia elektrowni miejskiej. Kol. prezes dziękuje wszystkim przewodniczącym pojedynczych Komisyi, a szczególne podziękowanie wyraża kol. prof Rosnerowi, koll. Urbanikowi i Różeckiemu.

XII. Przyjęto sprawozdanie wszystkich Komisyi i zarządu Towarzystwa.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

I. Posiedzenie naukowe z dnia 20 stycznia 1905 r.

Przewodniczy: kol. Wechsler. Obecnych członków 52.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Prof. Kadyi demonstruje preparat anatomiczny, w którym brak tętnicy pępkowej prawej.

III. Kol. Prof. Beck demonstruje: *a*) działanie radu na nerw kulszowy. Królik, któr go udo wystawiono przez kilka godzin na działanie promieni radu, okazuje w obrębie skóry, zaopatrywanej przez n. *superficialis*, znaczne obniżenie czucia lub prawie zupełne jego znieczulenie;

b) urządzenie przyrządu rzutowego (projekcyjnego), w którym episkop mieści się w samym przyrządzie tak, że wychylenia galwanometru rysują się na ekranie;

c) rysunki na szkle w rzutach, otrzymane w ten sposób, że się rysuje na szkle matowem, poczem się polewa balsamem kanadyjskim.

IV. W miejsce zapowiedzianego odczytu kol. Legeżyńskiego z zakresu chorób zakaźnych ze szczególnem uwzględnieniem zimnicy, demonstruje kol. Doc. Biernacki, uproszony przez kol. Legeżyńskiego, seryę preparatów z plasmodyami zimniczemi, a kol. Kielanowski przyrządy do dezinfekcyi formalinowej, używane przez lwowski fizykat. *Zawadzki.*

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 6 listopada 1904 r.

Z powodu braku wielu członków odłożył kol. przewodniczący wybory do następnego posiedzenia.

Kol. Reiss przedstawił dziewczynę 15-letnią z rozległemi zmianami na obu kończynach dolnych. Według podania chorej choroba rozpoczęła się przed dwoma laty dotkliwymi bolami i obrzękiem nogi prawej. Po kilku dniach ból i obrzęk ustąpiły, natomiast chora zauważyła powolnie powstające stwardnienie i napięcie skóry w zakresie podudzia. Po upływie pięciu miesięcy wystąpiły podobne objawy na nodze lewej w postaci obrzęków i bolów, które trwały przez cztery tygodnie; następnie pojawiły się na kolanie lewem i podudziu ograniczone owrzodzenia, które pomimo leczenia w szpitalu w Rzeszowie utrzymują się dotąd. Obecnie zmiany na nodze lewej przedstawiają się w postaci kilku owrzodzeń w okolicy kolana lewego i całego szeregu guzów, wystających nad powierzchnię skóry, miękkich, nie bolesnych, okazujących chełbotanie; w otoczeniu tych guzów istnieje wyraźne stwardnienie skóry, które obejmuje całą prawie kończynę. Kol. Reiss zwraca uwagę na te guzy, które przypominają swem wejrzeniem kilaki zołzowe, otoczone w około obszarem skóry, dotkniętej twardzielą. Guzy powstały w miejscach skóry prawidłowej, wskutek pierścieniowatego twardzielowego nacieku, który uniemożliwił warunki prawidłowego krążenia w partyach środkowych, sprowadzając w nich rozpad mniej lub więcej głęboki. Następnie przedstawił kol. Reiss chorą ze zmianami tocznia rumieniowego na policzkach, wardze dolnej i małżowinach usznych. Wreszcie przedstawił kol. Reiss chorą, u której cała skóra okazuje typowe zmiany łojotokowe wysokiego stopnia, z następowym wypryskiem ogólnym. (*Steatosis universalis subsequente eczemate*).

Następnie w zastępstwie nieobecnego kol. Borzęckiego przedstawił kol. Gogulski kilku chorych po operacyach plastycznych, które wykonał dla pokrycia ubytków policzków, nosa i uszów, powstałych wskutek operacyjnego usunięcia części, zajętych toczniem. Ubytki pokrywał kol Gogulski płatami, wziętymi z najbliższego otoczenia, uważając przy tem na to, aby mostek płatu był dość grubym i płat o $^1/_3$ większy od ubytku. Pomimo bardzo trudnych warunków wyjałowienia pola operacyjnego w pobliżu ust i otworów nosowych, rany pooperacyjne zgoiły się przez rychłozrost prawie we wszystkich przypadkach, a wynik kosmetyczny okazał się bardzo dobrym.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr. Stopczański.*

Posiedzenie zwyczajne w dniu 12 grudnia 1904 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia zarządził kol. przewodniczący wybory zarządu na rok 1905. Wybrano kol. Reissa przewodniczącym, kol. Krzyształowicza zastępcą przewodniczącego, kol. Steuermarka sekretarzem I i kol. Stopczańskiego sekretarzem II.

Następnie przedstawił kol. Reiss chorego z wrzodem twardym, znajdującym się w okolicy podbrzusza i równoczesną osutką plamistą.

Kol. Borzęcki wygłosił odczyt p. t. „Kiła a małżeństwo." Rzecz przeznaczona do druku. W sprawie wygłoszonego odczytu rozwinęły się rozprawy, w których brali udział koll. Reiss, Krzyształowicz i Borzęcki, poczem posiedzenie zamknięto. *Dr. Stopczański.*

* * *

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 16 lutego.

* W Krakowie pod redakcyą Dr. A. Wróblewskiego poczęło wychodzić czasopismo p. t. „Przyszłość", poświęcone walce z alkoholizmem. Artykuł programowy wyłuszcza zadania nowego miesięcznika, który da czytelnikom „potrzebne wiadomości naukowe, wesprze ich w walce z ciemnotą i z pokusami, da im siłę argumentów pewnych i mocnych. Będzie łącznikiem i organem uświadamiającym i agitacyjnym" i t. d. Prof. B. Dybowski w liście do Redakcyi powiada: Zasadą przewodnią czasopisma będą: „trzeźwość, moralność, miłość bliźnich i prawda".

Głośnego imienia psychiatra, biolog, bojownik sprawy abstynencyi i społecznego odrodzenia, prof. Dr. A. Forel, nadesłał artykuł p. t. „Do Polaków — o odrodzeniu“, w którym, wykazawszy łączność sprawy abstynencyi ze sprawą społeczną i poprawą losu ludzkości, uważa tę ostatnią za zależną od podniesienia wartości pojedynczych ludzi; do tego zaś celu prowadzą według autora trzy drogi: 1) usuwanie szkodliwych wpływów działających na pojedynczych ludzi i ich potomstwo; 2) wytworzenie pomiędzy ludźmi doboru sztucznego, zapobiegającego wytwarzaniu się zarodków pośledniejszej jakości; 3) przysposobienie przez wychowanie materyału ludzkiego o możliwie największej wydajności pracy społecznej. Badania naukowe dowiodły, że na byt i los społeczeństwa wywiera zastraszający wpływ zjawisko, które Forel nazwał *blastophthoria*, czyli zepsucie i zwyrodnienie zarodków, zawartych w gruczołach płciowych, spowodowane jakiemkolwiek zatruciem, w czem zatrucie alkoholowe jest najwięcej udowodnione drogą statystyki, kliniki, pedagogii, kryminalistyki i t. d. Wykazawszy inne jeszcze, a niemniej zgubne skutki picia, zwraca się Forel do Polaków, do ich dzisiejszego położenia, wskazuje na czynniki siły fizycznej i moralnej i kończy słowami *„in hoc signo vinceos!“*

Prof. Dr. B. Dybowski w rozprawie „My i nasi sąsiedzi“ zamierzył dać zestawienie porównawczo-statystyczne alkoholizmu u nas a w Niemczech; natrafiwszy jednak na znaczne trudności w zebraniu liczb statystycznych u nas, posłużył się w rozumowaniach swoich głównie statystyką obcą. Statystyka niemiecka, dotycząca alkoholizmu, jest nadzwyczaj pouczająca, zwłaszcza statystyka, spisana przez Dr Goldfelda, a obejmująca wiek dzieci szkolnych. Ankieta, przeprowadzona przez jedną z naszych nauczycielek szkoły elementarnej, wykazała, że nie było wśród dzieci tej szkoły (chłopcy i dziewczęta) ani jednego abstynenta, wtenczas gdy statystyka Dr. Goldfelda wykazuje mniej więcej piątą część dzieci niemieckich zupełnie niepijących. W dalszym ciągu zestawia prof. Dybowski statystykę nauczycielstwa w Niemczech, ze względu na alkoholizm i wpływ alkoholizmu na ich stosunki i warunki bytu, które oczywiście wypadły ujemnie; również ujemnie wypadł postęp w naukach uczniów pijących w porównaniu z abstynentami.

Dr. Daszyńska-Golińska rozstrząsa zagadnienie „Dlaczego jesteśmy abstynentami?“ w odpowiedzi na to pytanie roztoczyła autorka bogaty zapas argumentacyi, zaczerpniętej z fizyologii, psychologii, psychiatryi, kryminalistyki, ekonomii politycznej, socyologii i żałować tylko wypada, że praca ta, napisana w sposób nadzwyczaj poważny i przekonywujący, nie da się streścić, a zresztą powrócimy jeszcze do niej, gdy będzie skończona.

Wł. Bromberger zatytułował swój artykuł „Sąd rozjemczy Eleuteryi“ i wyświetla w nim, w jakim stopniu nadużywanie alkoholu prowadzi do wszelkiego rodzaju obraz honoru, awantur ulicznych, bijatyk, kradzieży, zabójstw, wykroczeń przeciw moralności i t. d. Autor uzasadnia swoje rozumowanie statystyką, opartą na wyrokach sądów galicyjskich i otwiera oczy społeczeństwu, które grzęźnie w pieniactwie, właśnie dzięki piciu (artykuł nieskończony).

Ed. Lewiński w pracy „Quousque tandem?“ podaje ogólne uwagi o piciu i jego zgubnych skutkach, w czem opiera się na jednem spostrzeżeniu osobistem, dosadnie ilustrującem wnioski autora (artykuł nieskończony).

Dr. A. Wróblewski podał „Notatkę o działaniu alkoholu i win leczniczych na fermenty trawiące“ i w niej dowodzi, że wina lecznicze wywierają szkodliwy wpływ na te fermenty. Badania autora wykazały, że alkohol utrudnia trawienie peptyczne; podobnie też działają i wina lecznicze, których alkohol powstrzymuje działanie fermentów trawiących, a z tego wynika, że pepsyna win pepsynowych nie może wywierać wcale działania trawiącego, a wogóle picie, oprócz innych zgubnych skutków, podkopuje trawienie, a w dalszym ciągu i siły życiowe pijącego.

Podstawa naukowa, na której opierają swe zasady abstynenci, w znacznej części jest zaczerpnięta z wiedzy lekarskiej. Choroba sama, jej źródło, przebieg i leczenie nie jest jedyną treścią medycyny, która bądź bezpośrednio, bądź pośrednio, obejmuje w mniejszym lub większym stopniu wszelkie ułomności ludzkie, bo wszystkie one prowadzą do niezdrowia fizycznego i duchowego. Działalność abstynentów należy uważać za zbawienny odruch ludzkiej duszy wobec ciągle wzrastającego zwyrodnienia człowieka i z tego względu działalność ta, prowadzona w imię dobra powszechnego, powinna się spotkać z ogólnem poparciem społeczeństwa, a w pierwszej linii stróżów zdrowia cielesnego i duchowego, t. j. lekarzy, księży i nauczycielstwa.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniwersytecie lwowskim otrzymali: Jan Załuska, Adolf Falber i Zygmunt Wallasz.

* Biblioteka Towarz. lekar. krak., mieszcząca się w Domu Towarzystwa (ul. Radziwiłłowska, 4), jest otwarta w środy od godziny $5^1/_2$ do $6^1/_2$ po południu i w soboty od godziny 12 do 1 w południe. Czytelnia zaś otwarta codziennie i przez cały dzień.

* Tygodników warszawskich nie otrzymaliśmy: jest to zapewne wynik bezrobocia, w którem drukarze biorą udział.

* Dnia 10 lutego odbyło się doroczne posiedzenie wydziału lekarskiego przy rz.-katol. Towarzystwie Dobroczynności w Petersburgu, na którem odbyły się wybory zarządu wydziału na r. 1905. — Wybrani zostali: Dr. Strawiński — prezesem; prof. St. Zaleski — wiceprezesem; doc. W. Orłowski — I-szym sekretarzem; Dr. Uliński — II-gim sekretarzem; Dr. Wierciński — skarbnikiem; Dr. Ostrowski — bibliotekarzem. Na członków Komitetu powołani zostali: prof. Ziemacki, Dr. Wolański, Dr. Rudzki i Dr A. Karnicki; na zastępców zaś: prof. Raczyński i Dr. Bereśniewicz; do Komisyi kontrolującej wybrani zostali: Dr. Bereśniewicz, Dr. Hattowski i Dr. K. Kozłowski.

* Austryackie Ministeryum kolei żelaznych wydało nowe zarządzenia w celu zapobiegania szerzeniu się gruźlicy między podróżnymi.

* Kalendarzyk zjazdów w r. 1905. W miesiącu marcu: od 9 do 13 Zjazd balneologiczny w Berlinie. W Kwietniu: 12—15: Zjazd dla medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie. — 25: Zjazd niemieckiego Towarz. chirurgii ortopedycznej w Berlinie. — 26—29: Zjazd chirurgów w Berlinie. — 30—5/V: Zjazd dla Röntgenologii w Berlinie. Czerwiec 13 i 14: Doroczne zebranie Związku bawarskich psychiatrów w Monachium. Lipiec 25—28: Doroczne zebranie angielskiego Towarzystwa lekarskiego w Leicester. Sierpień 6—10: Pierwszy międzynarodowy Zjazd anatomów w Genewie. Wrzesień. Pierwszy międzynarodowy Zjazd Towarzystw chirurgicznych w Brukseli. — 11—18: Międzynarodowy Zjazd położniczo-ginekologiczny w Petersburgu. — 24 - 30: 77-me zebranie niemieckich naturalistów i lekarzy w Meranie. Październik: 8-my francuski Zjazd dla wewnętrznej medycyny w Leodyum.

* Na pełnem posiedzeniu wiedeńskiej Izby lekarskiej dnia 31 stycznia zapadł wyrok, skazujący 8 członków na karę po 400 koron za przyjęcie posady w niezarejestrowanej Kasie chorych agentów handlowych. Dr. Stricker obostrzył tę karę swoim wnioskiem, przyjętym przez Izbę, ażeby wyrok ten został ogłoszony w prasie codziennej, a to w celu powiadomienia ogółu lekarskiego, którzy mianowicie lekarze działają wbrew interesom zawodowym, a również, żeby i społeczeństwo było poinformowane o niegodnem zachowaniu się tych ośmiu lekarzy.

* Między 22 a 28 stycznia doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w pow. żółkiewskim, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, cieszanowskim, czortkowskim, dobromilskim, gródeckim, jarosławskim, jaworowskim, kołomyjskim, myślenickim, nadwórniańskim, przemyślańskim, rawskim, tłumackim, turczańskim — po 1 gminie, a w powiecie kamioneckim w 2 gminach.

* Dr. Soniewiecki donosi, że w kwocie 72 koron, przysłanych przez niego Towarzystwu samopomocy lekarzy (p. „Przegl. lek.“ Nr. 4), było 50 K nieprzyjętego honoraryum od p. M. O. i 22 K dobrowolnego datku Kasy chorych w Spasie.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Kohn mian. został nadzwycz. profesorem histologii w praskim uniwersytecie niemieckim. Dr. Hofmann z Lipska został mian. zwycz. profesorem fizyologii w Insbruku.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Antoni Nazarkiewicz, l. 80, zakończył życie w Felsztynie na Podolu.

Bibliografia.

— *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich* Z. 3. J. Nussbaum: O odradzaniu się przedniej części ciała u wazonkowców (*enchytraeidae*). Czerski: Powstawanie jelita środkowego u Meloë violaceus Marsch. W. Orłowski: Zasadowość krwi w stanach leukocytozy i w zakażeniach. Miklaszewski: Badania doświadczalne nad wpływem łaźni suchych na układ krążenia i krew. Bornstein: Anatomia patologiczna stwardnienia wieloogniskowego.

— *Krytyka lekarska* Nr. 2. Bornstein: Medycyna i społeczeństwo. Biegański: O celowości w zjawiskach patologicznych. Giedroyć: Poglądy lekarskie Reja. *X.*: Kilka słów prawdy.

— *Lékařské rozhledy* Z. 1. Zahradnický: Medullarní anaestesie kombinovaná s adrenalinem neb suprareninem. Honzák: Orthopaedie v denní praxi.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 6. Teuner: O narkose éterové (c. d.) Slavík: Zločin veřciného násilí. Slaboduchost s blbostí hraničící. Přechodné pominutí smyslů. Lauschmann: Poznámka k léčení hydrokely. Sviták: O čtyrech případech kruposní pneumonie epidemické.

— *La Presse médicale* Nr. 9. Loeper i Gouraud: Moczenie obfite i wydaliny moczowe w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Nittis: Choroby zakaźne i dziedziczność.

— Nr. 10. Budin: Nauczanie położnictwa w klinice Tarniera Azoulay: Włókienka nerwowe według metody i prac S. Ramôn y Cajal.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 6. König: Znaczenie kiły wątroby dla rozpoznania guzów w jamie brzusznej. Jürgens: O powstawaniu odporności na dur. Bickel: Doświadczalne badania wydzielania soku żołądkowego u trawożernych. Ledermann: Przypadek ropnego bujającego zapalenia skóry. Müller: Nowy sposób tamowania krwi.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 6. Taussig: Endemiczny nieżyt żołądka w Hercegowinie. Hermann: Operacyjne leczenie wnętrostwa (*cryptorchidismus*). Mayer: Przypadek niezwykłych zaburzeń w przesmyku po gastroenterostomii. Reitter: O dwóch osobliwych przyczynach zwężenia dwunastnicy.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 6. Bürker: Wpływ górskiego klimatu na krew. Bruns, Liefmann i Mäckel: Pomnożenie eozynofilnych leukocytów przy schorzeniu tęgoryjcowem (*ankylostomiasis*) w znaczeniu rozpoznawczo-zapobiegawczem. Schultze: Pozorne niebezpieczeństwo a niezawodna korzyść sztucznego oddychania, wykonanego przez huśtanie dziecka w głębokiej już zamartwicy. Burckhard: Spostrzeżenia nad niebezpieczeństwem huśtań sposobem Schultzego. Weyrauch: O pląsawicy przewlekłej postępującej. Marcuse: Przypadek bujnego owłosienia okolicy krzyżowej. Bier: Leczenie ostrego ropienia nawałem zastoinowym krwi (c. d.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 6 Czerny: O niedrożności jelit. Hamburger: Rozróżnianie krwi (białka) biologicznie spokrewnionych gatunków zwierząt. Uhlenhuth: Oznaczenie pochodzenia szczątków mumii zapomocą swoistej surowicy. Herz: Badanie czynnościowe chorego serca. Levin: Badania przemiany materyi przy rakowatości. Henle: Leczenie ostrej sapki. Tugendreich: W sprawie zmian nabłonkowych w chorobach żołądka u osesków. Flesch: Rokowanie przy szczękościsku, tężcu noworodków i wogóle dzieci z uwzględnieniem leczenia surowiczego (dok.).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 6 (od dnia 5/II do 11/II) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 31, dziew. 30; nieżywo: chł. 2, dz. 5. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 23, kob. 21; zamiejscowych: męż. 14, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 9. 3) zapalenie płuc: miej. 9, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. 3, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 2. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 3. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 44, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Mandl. (*Allgem. Wiener med. Zeitung* 1904, Nr. 41) zaleca w sprawach gośćcowych **linimentum mentholi chloroform. comp.;** z początku sam M. patrzał na ten środek sceptycznie, jak na wiele innych nowych, zachwalanych przetworów farmaceutycznych, dopóki o jego zaletach sam na sobie się nie przekonał. Cierpiąc mianowicie na bardzo dolegliwy gościec mięśniowy w ramieniu, używał M. bez skutku rozmaitych wcierań, mięsienia i różnych środków wewnętrznych, a doznał ulgi dopiero od leczenia zapomocą linimentum chloroformiatum. Już po 5 czy 6 wcieraniach znikły zupełnie bole; jeszcze łatwiej znikały po nich nawroty cierpienia. Odtąd przepisuje M. ten środek z powodzeniem we wszystkich przypadkach gośćca mięśniowego i stawowego, w nerwobolach, rwie kulszowej, przeciw bolom przy zapaleniach ucha, i t. d. Dla poparcia swego zdania przytacza M. między innymi 3 szczególnie wybitne spostrzeżenia: 1) Mężczyzna 52-letni cierpiał przez 6 tygodni na rwę kulszową po stronie prawej, która nie ustępowała pomimo najrozmaitszych zabiegów, nie dozwalając choremu opuszczać łóżka, czyniąc go niezdolnym do pracy i odbierając sen. Po ośmiu dniach stosowania *linim. menth. chlor.* chory mógł wstać z łóżka, po dalszym tygodniu zupełnie wyzdrowiał. 2) Chory 35-letni, nie mogący z powodu gośćca mięśniowego chodzić, zginać się i t. d. po pięciu dniach leczenia mógł już jeździć na kole. 3) Chora 33-letnia z powodu bolów w toku osteomalacyi zmuszona leżeć w łóżku, doznaje przy leczeniu tym przetworem takiej przynajmniej ulgi, że może nieco chodzić i zajmować się gospodarstwem domowem. *S.*

O zwalczaniu cierpień rzeżączkowych podaje Dr. Ernst Weger (*Medizin. Wochenrundschau „Medico"* 1904, Nr. 24) następujące uwagi.

W przeciwieństwie do rozmaitych leków przeciwrzeżączkowych, będących przeważnie przetworami santalu, stoi arhovina, lek istotnie nowy, bo wytworzony przez połączenie difenylaminu z estryfikującym kwasem thymylbędźwinowym. Weger stosował arhovinę naprzód wewnętrznie 3 razy dnia po 1—2—3 kapsułek à 0·25. Nigdy nie zauważył nieprzyjemnych skutków ubocznych, w szczególności nie skarżyli się chorzy na żadne dolegliwości żołądkowe. Uderzającym skutkiem leku było szybkie znikanie podmiotowych dolegliwości rzeżączkowych, ustępowanie po kilku dniach bólu przy moczeniu i objawów zapalnego podrażnienia pęcherza. Wypływ ropny przemieniał się średnio w ciągu dni 8 w śluzowy, a najdalej po 4 tygodniach nie zawierał już dwoinek rzeżączkowych. Jestto skutek godny uwagi, którego W. przy innych lekach nie uzyskiwał. Wyleczenie ostateczne następowało po dalszych 1—2 tygodniach przy wstrzykiwaniach protargolowych — bez powikłań. Równie korzystnie działała arhovina w cierpieniach rzeżączkowych u kobiet przy równoczesnem zastosowaniu zwykłego leczenia miejscowego. Szczególnie dobre były wyniki w początkach zapaleń pęcherza. Podawana u chorych na przerost gruczołu krokowego, używających stale cewnika, zdaje się arhovina działać zapobiegawczo.

Zewnętrznie stosował W. arhovinę tylko w rzeżączce u kobiet i w białych upławach, nie zawierających dwoinek. Czopki pochwowe po 0·1 arhoviny, kilka razy dziennie stosowane, wywierały wpływ bardzo korzystny na objawy podmiotowe i przedmiotowe. Jednem słowem uznaje W. arhovinę, wyrabianą przez instytut chemiczny Dra Horowitza w Berlinie N. 24, za doskonały, a stosunkowo tani środek przeciwrzeżączkowy. *Z.*